



# **Zukunftsvision hebammengeleitete Betreuung?**

Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit von Hebammen, die hebammengeleitete, kontinuierliche Betreuung im Team anbieten?

Laura Herrmann  
S13547278

Departement: Gesundheit  
Institut für Hebammen  
Studienjahr: 2013  
Eingereicht am: 31. Mai 2016  
Begleitende Lehrperson: Regula Hauser

**Bachelorarbeit  
Hebamme**



## Abstract

### Hintergrund

Forschungsergebnisse legen dar, dass hebammengeleitete Versorgungsmodelle verbunden mit Kontinuität in der Betreuung die geburtshilfflichen Interventionsraten senken sowie die Zufriedenheit der jungen Familien verbessern. Trotzdem erfahren nur 0,8% der Frauen in der Schweiz hebammengeleitete, kontinuierliche Betreuung über alle Bereiche der Mutterschaft.

Die Autorin stellt sich die Frage, ob diese geringe Prozentzahl auf das Berufsverständnis von Hebammen zurückzuführen ist.

### Ziel

Es sollen Aspekte dargestellt werden, die die Zufriedenheit von Hebammen beeinflussen, welche hebammengeleitete, kontinuierliche Betreuung in Teams anbieten. Daraus soll abgeleitet werden, welche Bedürfnisse Hebammen bezüglich eines solchen Arbeitsmodells haben, um in einem nächsten Schritt einen Leitfaden für die Umsetzung hebammengeleiteter Modelle zu erschaffen.

### Methode

Es handelt sich um eine themengeleitete Arbeit.

### Ergebnisse

Mit Hilfe der ausgewählten Literatur werden sieben zentrale Aspekte aufgezeigt und erläutert:

- Vereinbarkeit zwischen Beruf und Privatleben
- Autonomie
- Vielfalt
- Kontinuität in der Betreuung
- Kollegialität
- Strukturelle Bedingungen
- Richtlinien

Abschliessend wird ein Modell entworfen, welches die Aspekte verknüpft

## **Schlussfolgerung**

Die Zufriedenheit von Hebammen kann so weit beeinflusst werden, dass hebammengeleitete geburtshilfliche Versorgung aus Hebammensicht flächendeckend etabliert werden könnte.

Kosten und Nutzen der hebammengeleiteten Versorgung sollten aus weiteren Perspektiven abgewogen werden und Pilotprojekte sollten gefördert werden.

## **Keywords**

„midwife-led care“ „continuity“ „midwives satisfaction“ „job satisfaction“

## Vorwort

In dieser Arbeit wurden die Vorbemerkungen zum Sprachgebrauch von Pehlke-Milde (2009, S.4) übernommen.

In der vorliegenden Arbeit wurden, in Anlehnung an den Leitfaden zur sprachlichen Gleichbehandlung von Frau und Mann der Universität Zürich (2006), verschiedene sprachliche Möglichkeiten eingesetzt, um einen geschlechtergerechten Sprachgebrauch umzusetzen. Dabei wurden Paarformen (z.B. Ärztinnen und Ärzte), geschlechtsneutrale Ausdrücke (z.B. die Studierenden) und Umformulierungen wenn möglich genutzt, um den Text klar, flüssig und leicht lesbar zu gestalten. Gleichwohl wurde die weibliche Sprachform dann verwendet, wenn es sich bei den aufgeführten Personen und Berufsgruppen ausschliesslich um Frauen handelt. So wurde der Begriff Hebamme genutzt, um zu verdeutlichen, dass sich die Untersuchung bewusst auf Hebammen und nicht auf Entbindungspfleger bezieht. Dies geschah nicht, um zukünftige Entbindungspfleger auszuschliessen, sondern um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Kompetenzanforderungen an männliche Kollegen in diesem bisher von Frauen dominierten Berufsfeld eine gesonderte Betrachtung erfordern.

Der Begriff „Autorin“ bezieht sich stets auf die Autorin der vorliegenden Arbeit. Ein medizinisches Grundverständnis der Leserschaft wird vorausgesetzt. Abkürzungen werden bei der ersten Nennung ausgeschrieben, wobei die verwendete Abkürzung in Klammern steht.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	8
1.1. Darstellung des Themas	8
1.2. Fragestellung	10
1.3. Praxisrelevanz	10
1.4. Zielsetzung	10
1.5. Stand der Forschung	10
1.6. Eingrenzung des Themas	11
<b>2. Methodik</b>	12
2.1. Form der Arbeit	12
2.2. Ein – und Ausschlusskriterien	12
2.3. Vorgehen bei der Literaturrecherche	13
<b>3. Theoretischer Hintergrund</b>	15
3.1. Hebammengeleitete kontinuierliche Betreuung	15
3.2 Hebammengeleitete Versorgungsmodelle	17
3.3. Maternales und Kindliches Outcome bei hebammengeleiteten Versorgungskonzepten	21
3.4. Aktuelle Versorgungslage in der Schweiz	22
3.5. Berufliche Zufriedenheit	23
3.6. Einbettung der hebammengeleiteten Betreuungskonzepte in den historischen Kontext	24
3.7. Aktuelle Forschung bezüglich der Zufriedenheit von Hebammen	25
<b>4. Ergebnisse</b>	27
4.2. Autonomie - autonomy	31
4.3. Vielfalt – skill variety	31
4.4. Kontinuität in der Betreuung – continuity of carer	32
4.5. Kollegialität - work relationships	33
4.6. Strukturelle Bedingungen – structural conditions	35
4.7. Richtlinien	35
<b>5. Diskussion</b>	37
5.1. Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung	37
5.2 Praxisempfehlungen	41
<b>6. Schlussfolgerung</b>	44
6.1. Kritische Beurteilung der vorliegenden Arbeit	45
6.2. Limitationen	47
<b>Literaturverzeichnis</b>	48
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	51
<b>Tabellenverzeichnis</b>	51

<b>Wortzahl</b> .....	51
<b>Danksagung</b> .....	52
<b>Eigenständigkeitserklärung</b> .....	52
<b>Anhänge</b> .....	53
Anhang A: Kritische Beurteilung und Einschätzung der Literatur .....	53

# 1. Einleitung

## 1.1. Darstellung des Themas

In den letzten 60 Jahren konnten mütterliche und kindliche Mortalitätsraten im Rahmen der Geburtshilfe in industrialisierten Ländern drastisch gesenkt werden. Dies ist sowohl auf medizinische, als auch soziologische Veränderungen zurückzuführen (Maillefer, Labrusse, Cardia-Vonèche, Hohlfeld & Stoll, 2015). Die aktuelle Effizienz in der Geburtshilfe sorgt für eine Verbesserung in komplexen, riskanten geburtshilflichen Situationen und verbessert somit das mütterliche und kindliche Outcome. Auf der anderen Seite führte die Medikalisierung der Geburtshilfe auch zu einer erhöhten Interventionsrate innerhalb von physiologischen Schwangerschaften und Geburtsverläufen (Maillefer et al., 2015). So stieg beispielsweise die Anzahl der Kaiserschnitte in den letzten Jahren in vielen industrialisierten Ländern kontinuierlich an. In der Schweiz kommt momentan jedes dritte Kind per Kaiserschnitt zu Welt. Das übersteigt die von der World Health Organisation (WHO) empfohlene Kaiserschnitttrate von 10 – 15% deutlich (WHO, 2015). Um die massiv steigende Interventionsrate zu illustrieren ist in Tabelle 1 die Entwicklung der Interventionen am Beispiel des Universitätsspitals im Kanton Vaud dargestellt:

Tabelle 1: Statistics of interventions at the maternity unit of the university hospital of the Canton of Vaud in 1991 and 2009 (Maillefer et al, 2015).

Interventionen	1991	2009
Geburtenzahlen	1822	2511
Sectios	373 (20,5%)	816 (32,5%)
Vaginaloperative Entbindungen (Forzeps)	184 (10,1%)	193 (7,7%)
Einleitungen	350 (19,2%)	686 (27,3%)
Sekundäre Sectios	153 (8,4%)	686 (27,3%)

Diese Entwicklungen stellen die Länder vor neue Herausforderungen. Um unnötige medizinische Interventionen zu vermeiden und dem Trend der Medikalisierung in der Geburtshilfe entgegen zu wirken, führten viele industrialisierte Länder, z.B. Grossbritannien und Australien alternative Versorgungsmodelle ein, in denen die Hebammen die Hauptversorgung der Frauen während Schwangerschaft, Geburt



und Wochenbett übernehmen (Maillefer et al., 2015). In zahlreichen Studien wurden die hebammengeleiteten Versorgungsmodelle untersucht und es zeigte sich eine deutliche Senkung der Interventionsrate sowie eine grössere mütterliche Zufriedenheit (z.B. Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2013).

Trotz dieser positiven Ergebnisse gibt es in der Schweiz kaum hebammengeleitete geburtshilfliche Versorgungsmodelle (Erdin, Iljuschin, van Gogh, Schmid & Pehlke-Milde, 2015). Die Autorin dieser Arbeit stellte sich die Frage nach Gründen hierfür. Im Rahmen des Bachelorstudiums Hebamme an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) erlernen die Studierenden Theoriewissen und praktische Fähigkeiten, um Frauen von Beginn ihrer Kinderwunschzeit über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, bis hin zur Stillzeit begleiten zu können. Sie werden zu Expertinnen der Mutterschaft ausgebildet und können physiologische Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettverläufe ausdrücklich eigenständig betreuen. Nach Meinung der Autorin gibt es eine grosse Theorie – Praxis – Diskrepanz, da das ganzheitlich erlernte Wissen kaum in der Praxis angewendet werden kann. Hebammengeleitete, kontinuierliche Geburtshilfe findet in der Schweiz so gut wie nicht statt. Da dieser Mangel nicht auf kindliche und mütterliche Faktoren zurückgeführt werden konnte, suchte die Autorin dieser Arbeit die Gründe hierfür in der Berufspolitik bzw. in der persönlichen Einstellung der Hebammen. Die Autorin schloss hebammengeleitete kontinuierliche Versorgungskonzepte, die von einer Hebamme allein angeboten werden, in ihrer Recherche von Beginn an aus. Diese Art von hebammengeleiteter Versorgung führt zu einer Vielzahl eigener Probleme und ist vor allem durch die andauernde Rufbereitschaft schwer ohne die Unterstützung eines Teams oder einer Vertretung durchführbar. Sie muss daher gesondert betrachtet werden.

Die Autorin beschloss, sich ganzheitliche hebammengeleitete Betreuungsmodelle anzusehen, in denen die Hebammen ihre Arbeit im Team anbieten. Sie fragte sich welche Aspekte erfüllt sein müssen, um die Zufriedenheit von Hebammen in solchen Konzepten zu gewährleisten und in welchem Konzept diese Aspekte am besten umzusetzen sind. Es soll damit herausgefunden werden, inwieweit hebammengeleitete Versorgungsmodelle aus Hebammensicht eine tatsächliche geburtshilfliche Alternative darstellen könnten.

## **1.2. Fragestellung**

Es ergibt sich folgende Fragestellung:

Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit von Hebammen, die hebammengeleitete, kontinuierliche Betreuung im Team anbieten?

## **1.3. Praxisrelevanz**

Gesundheitsfachpersonal wird mit zunehmenden Interventionsraten in physiologischen geburtshilflichen Situationen konfrontiert. Ein Ziel der WHO ist es, unnötige Interventionen zu senken und für die psychische und physische Gesundheit von Mutter und Kind zu sorgen (WHO, 2015). Hebammengeleitete Versorgungsmodelle können dies nachweislich tun (Sandall et al., 2013). Es ist daher relevant, herauszufinden, weshalb diese Konzepte in der Schweiz dennoch so selten angeboten werden.

Die Zufriedenheit der Hebammen in solchen Konzepten könnte ein Schlüssel zur flächendeckenden Etablierung sein. Ausserdem werden Hebammen zur ganzheitlichen Betreuung im Rahmen der Mutterschaft ausgebildet. Mit der zunehmenden Medikalisierung in der Geburtshilfe geht ein Teil des Kompetenzbereiches der Hebammen verloren. Mit der Einführung von hebammengeleiteten Versorgungsmodellen könnte dieser gefördert werden.

## **1.4. Zielsetzung**

Ziel dieser Arbeit ist es, darzustellen, welche Aspekte die Zufriedenheit von Hebammen in kontinuierlich angebotenen hebammengeleiteten Versorgungsmodellen beeinflussen. Daraus soll abgeleitet werden, ob dieses Modell aus Hebammensicht grundsätzlich eine Alternative zur herkömmlichen Geburtshilfe in der Schweiz darstellen kann, um die Zahlen der kontinuierlichen hebammengeleiteten Betreuung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu stärken.

## **1.5. Stand der Forschung**

Bisherige Forschung im Rahmen der hebammengeleiteten Versorgung bezog sich vor allem auf die Outcome Parameter von Mutter und Kind (z.B. Sandall et al., 2013). Forschung hierzu wird bereits seit den 1980er Jahren in Vertiefung betrieben. Die Evaluation der Zufriedenheit von Hebammen im Team in kontinuierlichen, hebammengeleiteten Versorgungsmodellen wurde bereits ab 1996

v.a. in England diskutiert, weil dort in diesem Zeitraum sehr viele solcher Modelle eingeführt wurden (z.B. Hundley et al., 1995). Danach wurde über einen langen Zeitraum nur wenig zu dieser Thematik geforscht. In den letzten Jahren wurde vor allem in Australien und den Niederlanden Forschung zu hebammengeleiteten Versorgungsmodellen betrieben (z. B. Collins, Fereday, Pincombe, Oster & Turnbull, 2008). Aktuell kommt das Thema auch in der Schweiz und in Deutschland auf. Es gibt mehrere Positionspapiere der Hebammenverbände, die sich mit hebammengeleiteter Versorgung auseinandersetzen. Ausserdem wird das Thema in einigen aktuellen Artikeln behandelt. Es werden Umfragen unter Schweizer Hebammen bezüglich der Zufriedenheit von freiberuflichen Hebammen durchgeführt (Eissler & Jerg-Brezke, 2015). Eine deutsche Studie von Wehrstedt & Müller-Rockstroh (n.n) untersucht Ausstiegsgründe aus dem Hebammenberuf.

### **1.6. Eingrenzung des Themas**

Eingegrenzt wird das Thema durch die ausschliessliche Betrachtung von hebammengeleiteten geburtshilflichen Modellen, die sich mit physiologischen Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettzeiten beschäftigen. Ausserdem wird nur die Zufriedenheit von Hebammen einbezogen, die in einem Team arbeiten. Innerhalb dieser Arbeit wird nicht auf finanzielle oder politische Aspekte bezüglich hebammengeleiteter Versorgungskonzepte eingegangen, da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

## 2. Methodik

Das folgende Kapitel beschreibt das methodische Vorgehen dieser Arbeit.

Es wird zunächst die Form der Arbeit aufgezeigt. Dann folgt eine Beschreibung der Ein- und Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche. Die Literaturrecherche wird beschrieben, Datenbanken und Keywords werden genannt.

### 2.1. Form der Arbeit

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine themengeleitete Bachelorarbeit.

Die Fragestellung wird anhand von Literatur aus Fachzeitschriften und Fachbüchern beantwortet. Es wurden ausserdem mehrere Positionspapiere bearbeitet sowie sieben Studien mit einbezogen.

### 2.2. Ein- und Ausschlusskriterien

Die für diese Arbeit verwendete Literatur musste folgende Kriterien erfüllen:

- Es wurden nur hebammengeleitete Betreuungsmodelle mit einbezogen, in welchen es möglich ist, Kontinuität und Teamarbeit zu kombinieren.
- Es wurde nur Literatur mit einbezogen, die sich auf Frauen mit komplikationslosen Schwangerschaften bezieht, da es fraglich ist, inwiefern eine Risikoschwangerschaft mit einer Hebamme als Hauptbetreuerin stattfinden kann.
- In der eingeschlossenen Literatur übernimmt die Hebamme/die Hebammen innerhalb physiologischer Prozesse die Hauptverantwortung für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.
- Es wurde sowohl Literatur eingeschlossen, die „Kontinuität“ im Sinne der philosophischen Kontinuität, als auch solche, die „Kontinuität“ im Sinne eines Beziehungsaufbaus versteht. In der meisten bearbeiteten Literatur wurden beide Definitionsformen kombiniert.

- Es wird nur Literatur aus Ländern einbezogen, deren Gesundheitssystem grob mit dem der Schweiz vergleichbar ist. Es handelt sich um die Länder Deutschland, die Niederlande, Grossbritannien, Österreich, Australien.

### **2.3. Vorgehen bei der Literaturrecherche**

Für hebammengeleitete Betreuungsmodelle gibt es in der Englischen Sprache verschiedene Ausdrücke.

Zunächst wurden die Datenbanken daher mit den Begriffen „midwife“ (OR) „midwives“ (AND) „continuity of care“ durchsucht, um Überbegriffe der englischen Sprache für hebammengeleitete, kontinuierliche Betreuungskonzepte zu finden.

Im zweiten Schritt wurden die gefundenen Überbegriffe genau definiert, um zu erkennen, ob sie im Team durchführbar sind und Kontinuität beinhalten.

Die in Tabelle 1 dargestellten Begriffe wurden dann mit Hilfe des bool'schen Operatoren „AND“ jeweils mit dem Begriff „job satisfaction“ kombiniert.

Ein Suchprotokoll bezüglich der ausgewählten Literatur ist im Anhang zu finden.

Es stellte sich als nicht hilfreich heraus, die Suche zeitlich zu beschränken, da sich zeigte, dass in Großbritannien und den Niederlanden bereits ab dem Jahr 1990 für die vorliegende Arbeit relevante Forschung betrieben wurde.

Tabelle 2: Keywords (Darstellung der Autorin)

Verwendete Keywords	Verknüpfung der Keywords
<ul style="list-style-type: none"> <li>- „job satisfaction“</li> <li>- „midwife-led care“</li> <li>- „team midwifery“</li> <li>- „primary care midwives“</li> <li>- „midwife-led delivery unit“</li> <li>- „caseloaded midwifery“</li> <li>- „midwifery group practice“</li> <li>- „midwife – led continuity of care“</li> <li>- „birth center“ AND „midwives“ OR „midwife“</li> <li>- „homebirth“ AND „midwives“ OR „midwife“</li> </ul>	<p>Verknüpfung mit Hilfe der bool'schen Operatoren „AND“ und „OR“ in 9 verschiedenen Kombinationen</p>

Gesucht wurde in folgenden Datenbanken:

- midirs
- cochrane library
- CINAHL
- Medline

Bei der gefundenen Literatur wurde weiter verlinkte Literatur mit einbezogen, wenn sie sich mit der Thematik beschäftigte.

Ausserdem wurde eine Handrecherche in der Hochschulbibliothek der ZHAW durchgeführt, beziehungsweise mit den Keywords aus Tabelle 1 durchgeführt.

Die Zeitschriften „Hebamme.ch“, „Die Hebamme“, „österreichische Hebammenzeitschrift“, „Hebammenforum“, „Deutsche Hebammenzeitschrift“ und „midwives digest“ wurden im Rahmen der letzten fünf Jahre auf themenbezogene Artikel durchsucht.

Die Internetseiten des „Schweizerischen Hebammenverbandes“, des „Deutschen Hebammenverbandes“, des „Niederländischen Hebammenverbandes“ des „Royal college of midwives“, der WHO und NICE wurden nach Positionspapieren und aktuellen Forschungsthemen durchsucht. Ebenso Deutsche und Schweizerische Hochschulen mit integrierter Forschung (Hochschule Osnabrück (D), Hochschule Fulda (D), ZHAW, Berner Fachhochschule (BFH)).

### 3. Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel wird zunächst der Begriff der kontinuierlichen Betreuung definiert. Dann folgt eine Vorstellung verschiedener Konzepte von hebammengeleiteten Versorgungsmodellen. Es wird ein Überblick über die aktuelle Versorgungssituation durch Hebammen gegeben und auf aktuelle Forschungsschwerpunkte hingewiesen.

#### 3.1. Hebammengeleitete kontinuierliche Betreuung

Fenwick (1998) bezeichnet kontinuierliche Betreuung innerhalb der Geburtshilfe als Konzept, in dem Frauen beständige Betreuung, Beratung und Information durch Hebammen und Ärzteschaft während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erhalten. Diese sind mit ihrer Gesundheitsgeschichte vertraut und kennen die Bedürfnisse und Präferenzen der Frau innerhalb dieser Prozesse (Fenwick, 1998). Laut Sandal et al. (2013) soll kontinuierliche Hebammenbetreuung in einem multidisziplinären Netzwerk angesiedelt werden. Folgt man jedoch der Auffassung von Sayn-Wittgenstein (2007), nach der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als primär physiologische und vitale Prozesse im Leben einer Frau betrachtet werden, so ist eine Überweisung an andere Gesundheitsfachpersonen nur dann notwendig, wenn eine Regelabweichung innerhalb dieser Prozesse festgestellt wird. Im Falle der Regelrichtigkeit kann kontinuierliche Hebammenarbeit also als Unterstützung von der frühen Schwangerschaft bis hin zur postpartalen Phase durch eine einzige oder durch eine kleine Gruppe von Hebammen definiert werden (Waldenström & Turnbull, 2008). Neben der Kontinuität in der Betreuung kann der Begriff „kontinuierliche Hebammenbetreuung“ auch im Sinne einer kontinuierlich einheitlichen Betreuungsphilosophie gesehen werden (Flint, 1988). Für die vorliegende Arbeit sind nach Meinung der Autorin beide Aspekte sehr relevant. Sie werden daher gleichbedeutend eingeschlossen.

Angelehnt an den Betreuungsbogen von Sayn-Wittgenstein (2007) werden im Folgenden die Prinzipien der kontinuierlichen Hebammenbetreuung während Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit erläutert. Generell kann eine Hebamme oder ein Team von Hebammen den gesamten Betreuungsbogen kontinuierlich abdecken. Laut Hurni & Graf (2014, S.8) ist „die Kontinuität in der Begleitung und Betreuung mitentscheidend für den gesunden Verlauf des ganzen Prozesses“.

## Familienplanung

Hebammen sind dazu befugt, Familien in Bezug auf ihre Familienplanung zu beraten (Bauer, 2011). Eine Hebamme kann zudem Sexualaufklärung an Schulen unterrichten. Sayn-Wittgenstein (2007, S.80) schreibt hierzu: „Der spezifische gesundheitserhaltende und -fördernde Fokus auf die physische und psychosoziale Entwicklung der Familie, ihr enger Bezug zu jungen Familien sowie ihre beratenden, unterstützenden und begleitenden Tätigkeiten qualifizieren die Hebamme zu Vermittlung des Themenkomplexes der Reproduktion an Kinder und Jugendliche.“

## Schwangerschaft

Hebammen übernehmen Vorsorgeleistungen in der Schwangerschaft. Im Rahmen dieser sind sie befugt, die Schwangerschaft festzustellen, der Frau bezüglich Gesundheitsprävention, zweckdienlicher Lebensführung, Ernährung und individuellen Fragestellungen beratend zur Seite zu stehen. Sie bereiten die Frau ausserdem auf die Geburt und die Mutterschaft vor. Diese Vorbereitung findet grösstenteils in Geburtsvorbereitungskursen statt. Abschliessend gehört zu ihrem Tätigkeitsfeld auch die Früherkennung von Abweichungen im Schwangerschaftsverlauf (Sayn-Wittgenstein, 2007).

## Geburt

Hebammen sind befugt, physiologisch verlaufende Geburten eigenständig zu betreuen (Bauer, 2011). Laut Sayn-Wittgenstein (2007) haben Hebammen im Klinikbereich folgende Aufgaben: Sie gestalten die Aufnahme der schwangeren Frauen zur Geburt und stellen eine Aufnahmediagnose, begleiten und leiten die Geburt und kümmern sich um Mutter und Kind bis zur Verlegung auf die Wochenbettstation bzw. bis zur ambulanten Entlassung (Sayn-Wittgenstein, 2007). Inwieweit eine Hebamme jedoch tatsächlich selbstständig die Leitung einer physiologischen Geburt übernimmt, ist von den Richtlinien der Klinik abhängig. Eine Geburt kann alternativ im Belegsystem, im Geburtshaus oder Zuhause stattfinden.



### Wochenbett

Laut Sayn-Wittgenstein (2007, S. 115) ist das Ziel der Betreuung im Wochenbett durch Hebammen, „die Beobachtung der körperlichen Umstellungs- und Involutionsprozesse sowie die Förderung der Erholung, Bindung und Neuorientierung von Mutter, Kind und deren Familie.“

### Stillzeit

Bis zum Ende der Stillzeit ist die Hebamme ebenfalls beratend tätig. Laut Bauer (2007) unterstützt sie die Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings.

## **3.2 Hebammengeleitete Versorgungsmodelle**

Die nachfolgend in Tabelle 3 aufgeführten Versorgungsmodelle gleichen sich in einigen Punkten. Für das Verständnis des nachfolgenden Textes hält es die Autorin dieser Arbeit dennoch für relevant, sie einzeln zu definieren.

Tabelle 3. Hebammengeleitete Versorgungsmodelle (Darstellung der Autorin).

### 3.2.1. Konzept „Primary care midwives“

In den Niederlanden können komplikationslose Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettverläufe eigenständig von Hebammen, den sogenannten „primary care midwives“ betreut werden. (Wiegers, Warmelink, Spelten, Klomp & Hutton, 2014). Die Hebamme darf in ihren Entscheidungen und Tätigkeiten autonom handeln. Auch Ultraschalluntersuchungen gehören zu den Hebammenfertigkeiten (Geus & Cadée, 2015). Erst bei Komplikationen muss die Hebamme ihre Klientin an einen Gynäkologen überweisen. Der Hebamme bleibt dann die Möglichkeit, die Frau weiter zu betreuen oder sie an eine Klinikhebamme zu übergeben. Ab diesem Moment übernimmt jedoch der Gynäkologe die Hauptverantwortung (Wiegers et al., 2014). Frauen ohne Komplikationen können in den Niederlanden zwischen einer Hausgeburt oder einer hebammengeleiteten Klinikgeburt wählen. Diese findet in „outpatient clinics“ statt (Geus & Cadée, 2015). Die Teams sind an sieben Tagen die Woche je 24 Stunden erreichbar, die Schichten sind zwischen den Hebammen aufgeteilt und dauern je 24 Stunden an

Wenn sich zwei Geburten überschneiden, ruft die diensthabende Hebamme diensthabende Hebamme eine Kollegin aus dem Team hinzu. (Geus & Cadée, 2015). Es gibt jedoch auch solche Teams, in denen jede Hebamme ihre eigene Fallzahl hat und sich lediglich die Rufbereitschaft zur Geburt geteilt wird (Warmelink et al, 2010).

### 3.2.2. Konzept „Hebammengeleiteter Gebärsaal / Midwife - led unit“

Frauen, die nicht auf die Infrastruktur des Spitals verzichten wollen, sich aber eine Geburt mit der Hebamme wünschen, werden mit dem klinischen hebammengeleiteten Geburtshilfemodell angesprochen (Universitätsklinik für Frauenheilkunde Inselspital Bern, 2007).

Laut dem Verbund Hebammenforschung (2007) in Bauer (2011, S.128) ist ein Hebammenkreißsaal „ein von Hebammen geleitetes geburtshilfliches Betreuungsmodell im klinischen Setting, in dem Hebammen gesunde Frauen in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt, sowie im frühen Wochenbett betreuen. Die Hebammen des Teams arbeiten in diesem Modell selbstständig und eigenverantwortlich innerhalb der geburtshilflichen Abteilung“.

Aufgrund der Infrastruktur eines Spitals kann bei auftretenden Komplikationen schnell ein Arzt hinzugezogen werden, was als grosser Profit eines solchen geburtshilflichen Systems angesehen werden kann.

Der Erstkontakt zwischen dem Team des Hebammenkreißsaals und der Frau findet in der Schwangerschaft in Form von zwei Terminen statt. Diese dienen der Risikoeinschätzung und einer ausführlichen Anamneseerhebung (Bauer, 2011, S.129). Zusätzlich werden vorgeburtliche Kurse angeboten. Diese dienen dazu, eine möglichst kontinuierliche Begleitung anzubieten und es den Frauen zu ermöglichen, möglich viele Hebammen des Teams kennenzulernen (Bauer, 2011). Post partum führt das Team die Wochenbettvisiten in der Klinik durch. Im weiteren Verlauf werden Rückbildungs- und Babymassagekurse angeboten. Der Hebammenkreißsaal bietet also keine Betreuung im Wochenbett ausser in Ausnahmen. Kontinuität erfolgt vor allem im Sinne einer gemeinsamen Philosophie. Es gibt jedoch auch hebammengeleitete Gebärsäle, in denen die Teamarbeit anders organisiert wird. Es gibt jedoch auch hebammengeleitete Gebärsäle, in denen die Teamarbeit anders organisiert wird.

Hier arbeiten Hebammen im Team, jede von ihnen betreut aber einen bestimmten „caseload“ von Frauen im Rahmen der Schwangerschaft und des Wochenbettes. Zur Geburt trifft die Frau auf diejenige Hebamme, die zu diesem Zeitpunkt Dienst im Gebärsaal hat und ihre Kollegin im Sinne der gemeinsamen Philosophie vertritt.

### 3.2.3. Konzept „Team midwifery care / Caseloaded midwifery“

Unter „Caseloaded midwifery“ versteht man normalerweise die kontinuierliche Betreuung der Frauen in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch eine Hebamme oder ihre Vertreterin. Das Hauptaugenmerk liegt hierbei auf der Kontinuität im Sinne der immer gleichen Fachperson (Mc Court, 2006).

Ab 1980 wurde in Grossbritannien die Bildung von Hebammenteams unter dem Begriff „caseloaded midwifery“ stark unterstützt. Ziel war, die kontinuierliche Betreuung zu stärken, die Hebammen dabei aber zu entlasten. Die Aufgabe diesbezüglich wurde darin gesehen, die Anzahl der Gesundheitsfachpersonen zu reduzieren, welche die Frauen im Rahmen ihrer Mutterschaft sehen und das Hauptaugenmerk auf die Hebamme als Expertin der Mutterschaft anzuerkennen (Fenwick in Clement, 1998). Im Rahmen der „Team midwifery care“ teilt sich eine Gruppe von Hebammen eine definierte Anzahl von Frauen („caseload“). Die Hebammen bieten gemeinsam kontinuierliche Betreuung an (Sandall et al, 2013). Laut Page (2006) besteht das Hebammenteam aus sechs bis 16 Hebammen. Schwangerschaftsvorsorgen, Geburten und Wochenbettbesuche werden von derjenigen Hebamme begleitet, die zum jeweiligen Zeitpunkt Schicht hat.

### 3.2.4. Konzept „Midwifery Group Practice“

„Midwifery Group Practice“ (MGP) kann als eine weitere Form der „caseloaded midwifery“ verstanden werden. Eine MGP besteht in der Regel aus sechs bis neun Hebammen, aufgeteilt in Subteams von zwei bis vier Hebammen. (Fenwick in Clement, 1998). Innerhalb der MGP hat jede Hebamme einen persönlichen caseload von ca. 40 Frauen im Jahr, für die sie die Hauptansprechpartnerin ist (Collins et al., 2010). Caseload und Grösse der Teams variieren je nach Literatur. Während der Geburt und manchmal zusätzlich im Wochenbett teilen sich die Hebammen eines Subteams die Rufbereitschaft und die damit verbundene Betreuung der Frauen. Das ermöglicht den Hebammen feste Erholungszeiten ohne Rufbereitschaft.

Die Frauen lernen in der Schwangerschaft neben ihrer Hauptbezugsperson auch die anderen beiden Hebammen kennen, die während ihrer Geburt für sie zuständig sein könnten (Fereday & Oster, 2010).

#### 3.2.5. Konzept Geburtshaus

Aubry & Cignacco (2015, S.27) schreiben: „Die Hebamme im Geburtshaus arbeitet autonom nach hauseigenen Richtlinien und bietet für Frauen mit physiologischen Geburten eine kontinuierliche Betreuung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett an. Wird ein ambulantes Wochenbett gewünscht, kann die Geburtshebamme die Betreuung von Mutter und Kind zu Hause weiterführen“. Nach Recherche auf den Websites der Geburtshäuser in Deutschland und der Schweiz, kann die Autorin sagen, dass es sehr viele verschiedene Möglichkeiten gibt, ein Geburtshaus zu organisieren. In manchen Geburtshäusern arbeiten die Hebammen immer in Schichten. Die Frauen haben dort keinen direkten Ansprechpartner, sondern lernen, wenn möglich, alle Hebammen kennen. Hierbei steht vor allem die Kontinuität in Form einer gemeinsamen Philosophie im Vordergrund.

Nach Recherche der Autorin ist erkennbar, dass organisatorisch sowohl Konzepte der MGP als auch der "Team Midwifery Care" angeboten werden.

#### 3.2.6. Konzept Belegsystem

Laut Sayn-Wittgenstein (2007) stellt die Arbeit als Beleghebamme eine besondere Form der hebammengeleiteten Geburtshilfe dar. Beleghebammen haben einen Vertrag mit einem Spital, der ihnen erlaubt, die Gebärabteilung mitzubenutzen. (Sayn-Wittgenstein, 2007).

Die Beleghebamme organisiert ihre Tätigkeiten in der Klinik selbstständig. Bei dieser Betreuungsform schliesst die Hebamme mit einer Klinik einen Vertrag ab. Dieser ermöglicht ihr mit den von ihr betreuten Frauen zur Geburt in die Klinik zu gehen und sie dort zu begleiten. Sie darf dafür die Räumlichkeiten und das Material der Klinik nutzen. (Stiefel, A., Geist, C., Harder, U., 2013, S.18).

Auch Beleghebammen arbeiten kontinuierlich. Sie betreuen die Frauen während der Schwangerschaft (evtl. partnerschaftlich mit einem Gynäkologen), begleiten sie zur Geburt in das Spital, mit dem sie einen Vertrag haben, und post partum Zuhause. Sie benutzen das Material der Klinik und dokumentieren ihre Arbeit nach den Richtlinien des Hauses. Ob zur Geburt ein Arzt

### 3.2.7. Konzept Hausgeburtsilfe

In der Hausgeburtsilfe findet ebenfalls eine kontinuierliche Betreuung durch die Hebamme statt. Die Besonderheit an dieser Arbeit ist, dass die Geburt zu Hause stattfindet. Vorteil der Hausgeburt ist es, dass die Frauen in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können. Ausserdem kann sich die Hebamme auf eine einzelne Frau/ein einzelnes Paar konzentrieren und ist weder einem Schichtwechsel noch einer Betreuung von mehreren Frauen ausgesetzt. Auch in der Hausgeburtsilfe kann im Team gearbeitet werden. Die Frauen haben ebenfalls eine Hebamme als Hauptbetreuungsperson, die Rufbereitschaft wird aber geteilt.

## **3.3. Maternales und kindliches Outcome bei hebammengeleiteten Versorgungskonzepten**

Zur Evaluation des Outcomes von Mutter und Kind wurden alle unter 3.2. definierten Versorgungskonzepte einbezogen.

Waldenström & Turnbull (1998) schreiben, dass in hebammengeleiteten Betreuungskonzepten signifikant weniger Interventionen durchgeführt werden. Vor allem die Anzahl der Amniotomien und der Einleitungen sind geringer (Bauer, 2011). Laut McLachlan et al. (2012) ist die Sectiorate verglichen mit klassischer Betreuung signifikant geringer. Diese Aussage stützen auch Kuttipurathu & Zanger (2014) Sandall et al. (2013) kamen jedoch zu keinem signifikanten Unterschied bezüglich der Sectiorate. Die Frauen nehmen weniger PDAs in Anspruch und erhalten seltener einen Dammschnitt (McLachlan et al, 2012), es ist seltener eine vaginaloperative Entbindung nötig (Sandall et al., 2013). Laut Sandall et al. (2013) haben die Frauen, die in der Schwangerschaft hebammengeleitete Betreuung erfahren, ausserdem ein geringeres Risiko für eine Frühgeburt. Frauen, die im Rahmen von hebammengeleiteten Versorgungskonzepten entbinden, sind gemäss Bauer (2011) generell mobiler und nehmen unter der Geburt öfter alternative Geburtspositionen ein. Forschung bezüglich des Stillens ergab ausserdem, dass

sowohl nach sieben Tagen als auch nach acht Wochen signifikant mehr Frauen voll stillen (Bauer, 2011).

Neugeborene, die in hebammengeleiteten Modellen geboren werden, haben in keinem Outcomeparameter einen Nachteil gegenüber im klassischen Setting geborenen Kindern. Laut McLachlan et al. (2012) brauchen sie sogar weniger oft medizinische Intensivversorgung. Bauer (2011) beschreibt bezüglich APGAR und pH-Werten keine signifikanten Unterschiede.

Sandall et al. (2013) beschreiben ein erhöhtes Mass an Zufriedenheit bei Frauen in hebammengeleiteter Betreuung. Sie weisen jedoch auf die Subjektivität der Beschreibung von Zufriedenheit hin.

Laut Waldenström (1998) ist Kontinuität in der Betreuungsphilosophie, wie sie im Team praktiziert wird, für die Frauen wichtiger, als eine kontinuierliche Betreuung durch nur eine Hebamme.

### **3.4. Aktuelle Versorgungslage in der Schweiz**

Laut Aubry & Cignacco (2015) finden 97,5 % der Geburten in der Schweiz in einem Spital statt. In Spitälern sind ungefähr 3000 Hebammen in der Wochenbettabteilung und im Gebärsaal angestellt. In der Regel lernen die Frauen die Hebamme erst bei Eintritt ins Spital kennen (Erdin et al., 2015). Alle hebammengeleiteten Betreuungsmodelle, mit Ausnahme des „Hebammenkreißsaals“, werden von freiberuflich arbeitenden Hebammen angeboten. Im Jahr 2014 wurden 1168 freiberuflich arbeitende Hebammen in der Schweiz erfasst. Es gab 18 Geburtshäuser und 12 Hebammenpraxen. Über hebammengeleitete Gebärsäle, in denen Hebammen im Angestelltenverhältnis Geburten durchführen, gibt es derzeit keine Zahlen. Diese Zahlen werden daher auch in keiner Statistik über hebammengeleitete Betreuungsmodelle erfasst.

Im Jahr 2014 wurden 85.287 Kinder in der Schweiz lebend geboren. Freiberufliche Hebammen haben davon 4109 Geburten zu Beginn oder vollständig geleitet. Das entspricht einem Anteil von 4,8%. Mit dieser Zahl wurde die höchste Anzahl seit Erfassungsbeginn verzeichnet. Trotzdem stellen hebammengeleitete Geburten im Vergleich zu den gesamtschweizerischen Geburtenzahlen die Ausnahme dar.

Erdin et al. (2015) gehen der Frage nach, inwiefern die Hebammenbetreuung durch frei praktizierende Hebammen kontinuierlich ist. Dargestellt in Abbildung 1.

Die Abbildung zeigt auf, dass nur in 5,9% von allen Fällen, die im Jahr 2014 von freiberuflichen Hebammen erfasst wurden, kontinuierliche Betreuung durch alle Bereiche von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stattfand.

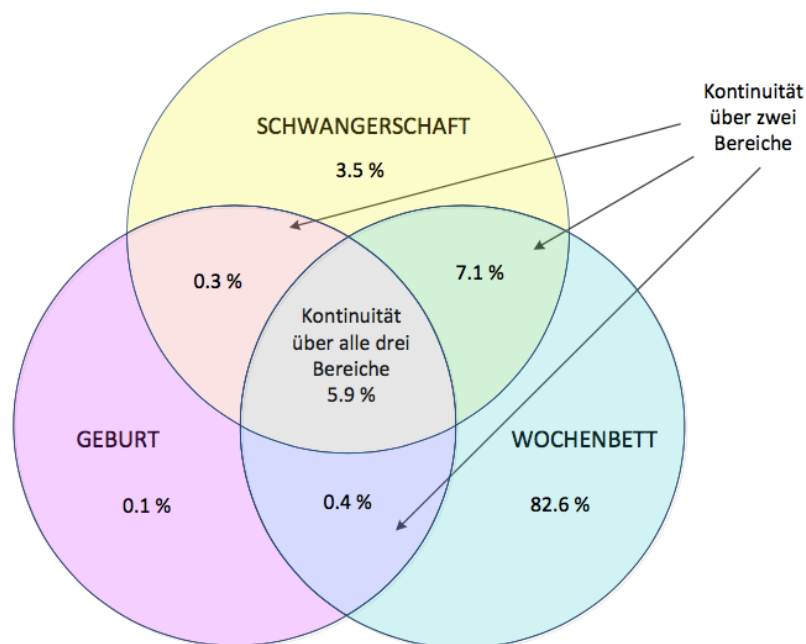


Abbildung 1: Prozentualer Anteil der Frauen, die während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett, bzw. während einer Kombination dieser drei Phasen durch die erfassende Hebamme betreut werden. Prozentzahlen basieren auf allen im Jahr 2014 erfassten Fälle (n = 62 917). (Erdin et al., 2015).

### **3.5. Berufliche Zufriedenheit**

„Zufriedenheit“ im Allgemeinen und auch die „berufliche Zufriedenheit“ als Unterkategorie ist laut der einbezogenen Literatur ein eher schwer messbares und äusserst individuelles Gefühl.

Der Duden (2016) beschreibt Zufriedenheit als Zustand, in dem man „sich mit dem Gegebenen, den gegebenen Umständen, Verhältnissen im Einklang befindend und daher innerlich ausgeglichen und keine Veränderung der Umstände wünschend“ ist. In der Psychologie wird Zufriedenheit allgemein als Übereinstimmung zwischen der Erwartung vor einer Handlung und deren tatsächlichem Erleben danach bezeichnet (Abele, 2014). Der Begriff „Arbeitszufriedenheit“ wird von Locke (1976) als ein emotionaler Zustand definiert, welcher sich aus der Bewertung der eigenen Arbeit kombiniert mit den Arbeitserlebnisse ergibt“.

In der einbezogenen Literatur wird Zufriedenheit entweder in Form von Skalen (z.B. Fischer & Lück, 1972) erhoben, oder in Form von Interviews oder Fragebögen, die das Ziel haben, durch spezifische Fragen die Zufriedenheit in einem bestimmten Bereich (hier: der Beruf) zu messen.

Der Autorin dieser Arbeit fiel im Rahmen der Literaturrecherche zusätzlich auf, dass die Korrelation zwischen den Begriffen „Zufriedenheit“ und „Work-Life-Balance“ sehr gross ist. Beide Begriffe werden innerhalb der Limitationen dieser Arbeit diskutiert.

### **3.6. Einbettung der hebammengeleiteten Betreuungskonzepte in den historischen Kontext**

Bis Anfang des 20. Jahrhunderts fanden Geburten in Deutschland und der Schweiz in der Regel im häuslichen Umfeld unter der Leitung einer Hebamme statt (Schumann, 1998). Obwohl im Rahmen der Gesundheitsaufklärung bereits ab den 1920er Jahren eine Klinikentbindung empfohlen wurde (Schumann, 1998), fanden bis 1945 noch 90% aller Geburten in Deutschland im häuslichen Umfeld statt. In den Folgejahren spielte sich eine sehr rasche Trendwende ab. 1952 gingen bereits 47,4% der Frauen zur Geburt in eine Klinik, im Jahre 1960 waren es bereits 85% (Schumann, 1998).

Die Arbeit der Hebammen machte durch diese Entwicklung viele Veränderungen durch. Harder et al. (2013, S.12) schreiben: „Veränderungen [...] mit denen Hebammen sich vertraut machen mussten und die dazu führten, Eigenständigkeit und Selbstverständnis des Berufsstandes durch die Einführung einer Geburtsmedizin in Frage zu stellen“. Ab 1980 zeichnete sich bereits wieder eine leichte Rückentwicklung ab. Diese wurde vor allem durch die Bedürfnisse der Frauen gelenkt. Diese forderten laut Harder et al. (2013, S.13): „In Ruhe, Sicherheit und selbstbestimmt zu gebären.“ Im Zuge dieser Bewegung wurden erste Geburtshäuser gegründet. Da trotz dieser Rückentwicklungen in den 1990er Jahren eine vermehrte Medikalisierung in der Geburtshilfe stattfand, empfehlen Harder et al. (2013, S.13): „Versorgungskonzepte, die die ambulante und stationäre Betreuung vernetzen, [...] müssen erarbeitet werden und als originäre Hebammenaufgaben wahrgenommen werden.“ Die Entwicklung hin zur Klinikgeburt spielte sich etwa Zeitgleich auch in Grossbritannien ab (Fenwick in Clement, 1998). Hier wurde durch die zunehmende Fragmentierung der Arbeit eine zunehmende



Unzufriedenheit der Hebamme mit ihrer Rolle festgestellt und auch die Frauen wurden unzufriedener. Diese beiderseitige Unzufriedenheit führte ebenfalls zu einer Rückentwicklung und zu einer erneuten Unterstützung von hebammengeleiteten Versorgungsmodellen (Fenwick in Clement, 1998). Auch in der Schweiz waren Geburten lange hebammengeleitet und im Hausgeburtssetting. Von 340 im Jahr 1906 im Kanton Zürich praktizierenden Hebammen waren lediglich vier Hebammen in Spitälern oder anderen Einrichtungen angestellt. Anfang des 20. Jahrhunderts war eine deutliche Zunahme der Spitalgeburten zu verzeichnen, Heute finden 98% der Geburten in der Schweiz in Spitälern statt (Hammer, 2008).

### **3.7. Aktuelle Forschung bezüglich der Zufriedenheit von Hebammen**

Alle in Punkt 3.2. betrachteten Versorgungsmodelle werden von freiberuflichen arbeitenden Hebammen angeboten mit Ausnahme des hebammengeleiteten Gebärsaals. In die folgenden Aussagen sind jedoch nicht nur Hebammen, welche in einem Team arbeiten, eingeschlossen.

Die Autorin dieser Arbeit stellte bei der Recherche fest, dass die Zufriedenheit von Hebammen in der Freiberuflichkeit bzw. die Gründe, aus denen sie die Freiberuflichkeit aufgeben, sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz ein aktuelles Thema in der Hebammenforschung sind.

Umfragen unter Schweizer Hebammen ergaben, dass freiberuflich arbeitende Hebammen weniger Belastungen in ihrem Arbeitsalltag empfinden, als in Kliniken angestellte. (Eissler & Jerg-Bretzke, 2015).

Eissler & Jerg – Bretzke (2015, S.7) kommen bei der Evaluation ihrer Umfrage unter Schweizer Hebammen zu folgendem eindrücklichem Ergebnis:

„(...) dass die Freiberuflichkeit nicht nur im Sinne einer kontinuierlichen Begleitung der Frau beziehungsweise der werdenden Familie ist und damit einem höheren Qualitätsanspruch genügt. Es zeichnet sich durch die vorliegende Untersuchung zusätzlich ab, dass selbstständig arbeitende Hebammen insgesamt weniger Belastung empfinden, was langfristig gesehen weniger Gesundheitskosten und Fehlzeiten zu Folge haben könnte“.

Diese Aussage deutet darauf hin, dass Hebammen Freiberuflichkeit an sich für ein zufriedenstellendes Arbeitsmodell halten. Auch erste Ergebnisse einer quantitativen

Studie aus Fulda, die der Frage nachgeht, weshalb freiberufliche Hebammen ihren Beruf verlassen, schliessen eine berufliche Umorientierung aus Interessensverlust aus (Wehrstedt & Müller- Rockstroh, 2015). Wehrstedt & Müller-Rockstroh (2015, S.34) schreiben: „Keine der bisher Befragten gibt die von ihr bevorzugte Form der Hebammenarbeit auf, weil sie den Beruf an sich nicht mehr ausüben möchte.“ Obwohl die Freiberuflichkeit an sich demnach ein attraktives Arbeitsmodell für Hebammen darstellt, wird kontinuierliche Hebammenarbeit im Rahmen der Geburtshilfe in beiden Ländern nur sehr selten ausgeübt. Im nun folgenden Ergebnisteil wird genauer auf die Faktoren eingegangen, die Hebammen benötigen, um zufrieden in ihrer Arbeit zu sein und diese im Umkehrschluss nicht aufzugeben.

## 4. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Faktoren, welche die Zufriedenheit von Hebammen, die hebammengeleitete kontinuierliche Betreuung in Teams anbieten, in Form einer Synthese aus evidenzbasierter Literatur dargestellt.

Zunächst ist in Tabelle 4 die verwendete Literatur aufgelistet. Es werden die Autoren genannt und es wird die Arbeitsform dargestellt, die von den Autoren analysiert wird, um eine grundlegende Orientierung zu erhalten. Nachfolgend sind die einzelnen Faktoren, zusammenfassend beschrieben.

Tabelle 4: Überblick über die verwendete Literatur. Darstellung der Autorin.

Autor	Arbeitsform
<b>Collins et al.(2008)</b>  <b>Australien</b>	<u>Midwifery group practice</u> - Im Krankenhaussetting - 12 Hebammen aufgeteilt in zwei Unterteams à sechs Hebammen. Ausserdem gibt es eine leitende Hebamme. - Jede Hebamme hat einen „caseload“ von 40 Frauen pro Jahr - Jedes Subteam organisiert seine Struktur bezogen auf Arbeitspläne, Rufbereitschaft, Krankheitsvertretung etc. selbstständig und individuell
<b>Edmondson &amp; Walker (2014)</b>  <b>Australien</b>	<u>Geburtshaus</u> - Auf dem Klinikgelände in eigenen Räumlichkeiten - Neun Hebammen in vier Subteams à zwei Hebammen - Jede Hebamme hat einen „caseload“ von 40 Frauen - Jede Hebamme betreut ihre Frauen und lässt sich im Rahmen der Rufbereitschaft oder im Krankheitsfall von ihrer Partnerin vertreten

<b>Warmelink et al. (2015)</b>  <b>Niederlande</b>	<u>Primary care midwives</u> - Betreuung der Frauen zuhause oder im Spital - 108 Hebammen wurden befragt, die in 20 Hebammenpraxen arbeiten - Die Befragten arbeiteten entweder in 2er Praxen (4%) oder Teams (96,0%) - 72,7% arbeiteten selbstständig
<b>Fereday &amp; Oster (2010)</b>  <b>Australien</b>	<u>Midwifery group practice in einer hebammengeleiteten Gebärdabteilung</u> - Im Spital - 27 Hebammen arbeiten in der Gebärdabteilung, 17 nahmen an der Studie teil - Jede Frau bekommt eine hauptverantwortliche Hebamme zugeteilt sowie eine Vertreterin im Rahmen der Rufbereitschaft
<b>Maillefer et al. (2015)</b>  <b>Schweiz</b>	<u>Hebammengeleiteter Gebärdasaal</u> - Im Spital - Die Hebammen haben keine eigenen caseloads - Es ist nicht beschrieben, inwiefern Kontinuität über den ganzen Betreuungsbogen angeboten wird
<b>Todd, Morag, Farquar &amp; Camilleri-Ferrante (1998)</b>	<u>Team midwifery</u> - Community midwives, die in Teams arbeiten - unvollständig
<b>Hundley et al. (1995)</b>  <b>UK</b>	<u>Midwife-managed delivery unit</u> - Im Spital - Die Hebammen haben keine eigenen caseloads - Es ist nicht beschrieben, inwiefern Kontinuität über den ganzen Betreuungsbogen angeboten wird

#### **4.1. Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben - „Work-Life- Balance“**

Als elementarer Teil einer ausgewogenen Work-Life-Balance wird die Unterstützung der Hebammen durch ihr familiäres Umfeld beschrieben. Diese Unterstützung ermöglicht ihnen, berufliche Entscheidungen autonom zu treffen (Edmondson & Walker, 2014). Der Beginn der Tätigkeit in hebammengeleiteten Versorgungskonzepten ist sowohl im Falle des Berufseinstiegs als auch im Rahmen der Beruflichen Neuorientierung für Hebammen mit vielen Veränderungen verbunden. Durch familiäre Unterstützung können sie sich besser auf diese Veränderungen konzentrieren, da sie sich auf ein unverändert stabiles Familienleben verlassen können (Edmondson & Walker, 2014).

Um eine gute Work-Life-Balance aufrecht zu erhalten, ist es für Hebammen ausserdem wichtig, sich persönliche Grenzen einzuräumen sowie auch innerhalb des Hebammenteams Grenzen zu setzen. Das gilt auch gegenüber den jungen Familien (Fereday & Oster, 2010).

Bezüglich der jungen Familien äussern Hebammen, dass es für sie zu Beginn ihrer Tätigkeit schwer war, sich gegenüber den Frauen abzugrenzen. (Fereday & Oster, 2010). Fereday & Oster (2010) schreiben weiter, dass den Hebammen erst später bewusst wurde, dass es wichtig ist, eine Balance zwischen den Bedürfnissen der Frauen und ihren eigenen zu finden (Fereday & Oster, 2010). Todd et al. (1998) zeigen auf, dass ein Teil der Hebammen sich während der Rufbereitschaft ständig unter Druck fühlt und keine anderen Aktivitäten plant (Todd et al., 1998).

Hebammen sollten sich selbst daher arbeitsfreie Zeiten zugestehen und bei Bedarf Methoden erlernen, die es ihnen erlauben, Abstand von den von ihr betreuten Fällen zu gewinnen (Edmondson & Walker, 2014). Edmondson & Walker (2014) schreiben ausserdem, dass es für die Hebammen wichtig ist, den Frauen „Sprechzeiten“ zu nennen, in denen sie garantiert telefonisch zu erreichen sind und im Umkehrschluss auch solche, in denen sie nicht erreichbar sein können. Auch im Rahmen der Rufbereitschaft ist es wichtig, mit den Frauen zu besprechen, dass sie eigenverantwortlich abwägen sollten, wie dringlich ihr Problem ist und ob es gegebenenfalls bis zur Sprechzeit warten könnte (Edmondson & Walker, 2014). Inwiefern die Hebammen sich innerhalb des Teams abgrenzen sollen ist in der Literatur nicht weiter beschrieben.

Edmondson & Walker (2014) dokumentieren Flexibilität innerhalb der Arbeit als weiteren Teil einer guten Work-Life-Balance. Für die Hebammen ist es wichtig, ihre Arbeit flexibel einteilen zu können, um einerseits die Bedürfnisse der Frau zu erfüllen und ihnen individuelle Betreuung anbieten zu können und ihre Arbeit andererseits ihrem Privatleben anzupassen. Die Hebammen äussern, dadurch mehr „Normalität“ innerhalb ihrer Arbeit zu erleben (Edmondson & Walker, 2014). Zur Flexibilität gehören laut Collins et al. (2005) auch freie Tage, in denen die Hebammen keine Rufbereitschaft ausfüllen muss und die Möglichkeit sich diese auszusuchen. Page & Mc Candlish (2006) schreiben, dass Hebammen, die in einem Team ihre eigenen Fallzahlen haben, automatisch über mehr Flexibilität innerhalb ihres Zeitmanagements verfügen.

Die Work-Life-Balance von Hebammen wird laut Collins et al. (2010) zusätzlich durch äussere Faktoren beeinflusst. Hierzu gehören ein erhöhter Arbeitsaufwand im Falle von Krankheitsvertretungen und kumulierten höheren Bedürfnissen der jungen Familien. Ausserdem wird die Work-Life-Balance durch die Zeiten beeinflusst, welche für Meetings und Administration gebraucht werden sowie durch lange Fahrzeiten (Collins et al., 2010). Auch Fereday & Oster (2010) schreiben, dass Hebammen lange Fahrzeiten als problematisch ansehen. Diese verkürzen die Zeit, die die Hebammen im direkten Kontakt mit ihren Klientinnen verbringen können und schränkt ihre Flexibilität sowie ihr Privatleben ein (Fereday & Oster, 2010).

Generell wird in unterschiedlicher Literatur deklariert, dass Hebammen einige Zeit brauchen, um sich innerhalb eines kontinuierlichen, hebammengeleiteten Konzeptes eine positive Work-Life-Balance zu erarbeiten (Edmondson & Walker, 2014 sowie Fereday & Oster, 2010). Gründe hierfür sehen Fereday & Oster (2013) vor allem darin, dass kontinuierliche Hebammenbetreuung sich meist stark von den früheren Arbeitsformen der Hebammen unterscheidet. Die Hebammen arbeiteten in den meisten Fällen nicht kontinuierlich und beschränkten ihre Arbeit auf einen einzelnen Teil der Geburtshilfe. Hebammen äusserten in beiden Studien, dass sie sich vor allem an die Rufbereitschaft gewöhnen mussten und die Fähigkeit erlangen mussten, sich zu entspannen, obwohl sie auf Abruf sind (Fereday & Oster, 2013).

## **4.2. Autonomie - autonomy**

Autonomie ist ein weiterer Faktor, der die Zufriedenheit von Hebammen, die kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung im Team anbieten, positiv beeinflusst.

Hebammen sehen ihre Arbeit in kontinuierlichen Betreuungsmodellen als Chance autonom Handeln zu können und Vertreterinnen von physiologischer Geburtshilfe zu sein (Maillefer et al., 2015). Hundley et al. (1995) schreiben, dass es Hebammen eine grosse Zufriedenheit verschafft, wenn sie alle Entscheidungen innerhalb eines Geburtsprozesses autonom treffen können und sich dabei lediglich mit den Bedürfnissen der Frauen abstimmen müssen. Page & Mc Candlish (2006) schreiben ergänzend, dass Hebammen welche wenig Kontrolle über ihre Entscheidungen haben, eine höhere Burnout-Rate vorweisen. Hebammen, welche die Kontrolle über ihre eigene Arbeit haben und denen es gleichzeitig gelingt, frauenzentrierte Betreuung anzubieten, weisen im Gegenzug eine signifikant niedrigere Burnout-Rate auf (Todd et al., 1998). Auch in der Studie von Collins et al. (2005) wird die „professionelle Autonomie“ von den Hebammen positiv erwähnt. Edmondson & Walker (2014) schreiben, dass Hebammen Autonomie als wichtiges Werkzeug empfinden, um all ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten anwenden zu können. Page & Mc Candlish (2006) betonen, dass es wichtig ist, den Hebammenteams die Organisation innerhalb des Teams zu überlassen. Sie sagen, dass es viele verschiedene Arten, ein Team zu organisieren gibt und dass diese Organisation individuell auf die Teams abgestimmt werden muss (Page & Mc Candlish, 2006).

## **4.3. Vielfalt – skill variety**

Todd et al. (1998) zeigen in ihrer Studie auf, dass Hebammen, die kontinuierliche hebammengeleitete Versorgung in einem Team anbieten, das Gefühl haben, all ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten anzuwenden und auszuschöpfen. Hier sind 84% der Hebammen zufrieden mit der Vielfalt ihrer Arbeit, 96% mit der Nutzung ihrer Fertigkeiten und Fähigkeiten (Todd et al., 1998). Hebammen bewerten es positiv, dass sie in hebammengeleiteten, kontinuierlichen Betreuungsmodellen alle Fähigkeiten und Fertigkeiten anwenden können, die sie im Laufe ihrer Ausbildung und ihres beruflichen Werdegangs erlernt haben (Edmondson & Walker, 2014). Auch Collins et al. (2008) stützen diese Aussage. Die Hebammen äusserten hier zusätzlich, dass es für sie positiv ist, all ihr Wissen zu gebrauchen.

Edmondson & Walker (2014) beschreiben ausserdem, dass Hebammen in kontinuierlichen Betreuungskonzepten im Vergleich zu ärztlich geleiteten Konzepten mehr tun, um ihr Wissen zu erweitern. Grund hierfür ist, dass sich die Hebammen hier in der Hauptverantwortung für Mutter und Kind sehen. Darum ist es wichtig für sie, dass sie qualitativ hochwertig arbeiten, Risikofaktoren korrekt identifizieren und entscheiden können, wann sie ihre Klientinnen an andere Gesundheitsbereiche weiterverweisen müssen. All dies können sie nur dann erfüllen, wenn sie ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten trainieren und situationsbezogen anpassen (Edmondson & Walker, 2014). Hebammen aus hebammengeleiteten Versorgungsmodellen suchen häufiger nach Evidenzen, um ihre Praxis zu reflektieren und diskutieren zu können. Ausserdem bilden sie sich häufiger fort. Die Hebammen arbeiteten zudem mehrheitlich in nur einem Bereich der Mutterschaft, bevor sie kontinuierliche Betreuung anboten. Da sie ihre Betreuung nun ganzheitlich anbieten, mussten sie sich in den Bereichen, in denen sie weniger Erfahrung hatten, weiterbilden, um sich sicher zu fühlen (Edmondson & Walker, 2014). Laut Warmelink et al. (2015) schätzen Hebammen innerhalb der hebammengeleiteten Betreuungsmodelle die Möglichkeiten für Innovationen und Entwicklungen innerhalb ihrer Arbeit. Sie mögen es, sich fortzubilden und ihren Klientinnen dann neue Dienstleistungen anbieten zu können (Warmelink et al., 2015).

#### **4.4. Kontinuität in der Betreuung – continuity of carer**

Wie bereits im theoretischen Hintergrund dargestellt, kann Kontinuität in unterschiedlichen Kontexten gesehen werden. In hebammengeleiteten Versorgungsmodellen hat sowohl die Kontinuität im Sinne einer einheitlichen Betreuungsphilosophie als auch die Kontinuität im Sinne der Beziehung einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Hebammen. Hierbei ist Kontinuität im Sinne der Betreuungsphilosophie vor allem im Bereich der Teamarbeit wichtig. Sie wird in dieser Arbeit unter dem Abschnitt 4.5 gesondert betrachtet.

Kontinuität im Sinne der Beziehung hat einen wichtigen Einfluss auf die Zufriedenheit von Hebammen im Team. Mc Court et al. (1998) dokumentieren, dass Kontinuität den Hebammen vor allem wichtig ist, um eine vertrauensvolle Beziehung zu den Frauen aufzubauen. Diese These unterstützen auch Collins et al. (2008). Ihnen zufolge sehen Hebammen, die eine hebammengeleitete Betreuung anbieten, Kontinuität als einen sehr zufriedenstellenden Aspekt. Hierbei schätzen



sie den Aufbau einer Beziehung und geniessen es, die Frauen antenatal bis postnatal betreuen zu können (Collins et al., 2008). Zusätzlich haben Hebammen das Gefühl, dass Kontinuität im Sinne der Beziehung zu mehr Anerkennung ihres Expertenstatus führt (Maillefer et al., 2015). Ausserdem wirkt sich Kontinuität im Sinne von Wiederholung einer Begegnung positiv auf die Hebammen aus (Todd et al., 1998)

Teamarbeit kann den Aspekt der Kontinuität in der Beziehung laut Todd et al. (1998) stark einschränken. Inwiefern Kontinuität im Sinne der Beziehung stattfinden kann, hängt demzufolge stark von der Teamgrösse ab. In ihrer Studie fanden sie heraus, dass sich in einem Team von sieben oder mehr Hebammen selten eine Beziehung zwischen Hebamme und Frau im Sinne der Kontinuität aufgebaut werden kann. Das liegt daran, dass die einzelnen Frauen bei einer solchen Teamgrösse kaum die Möglichkeit haben, eine Hebamme mehrmals hintereinander zu sehen. Dadurch haben beide weniger Möglichkeit, eine Beziehung aufzubauen (Todd et al., 1998).

Zudem haben Hebammen, die sich die Rufbereitschaft zur Geburt teilen teilweise Probleme damit, die massgeblich von ihr betreuten Frauen“ nicht während der Geburt betreuen zu können, weil sie in dieser Zeit keine Rufbereitschaft haben (Collins et al., 2010). Im Gegensatz dazu betreuen sie dann Frauen, die sie kaum kennen. Sie äussern, sich dadurch zwar auf die Kontinuität im Sinne der Philosophie verlassen zu können, nicht jedoch im Sinne der Beziehung.

#### **4.5. Kollegialität - work relationships**

Kollegialität hat sowohl innerhalb des Hebammenteams als auch interdisziplinär zwischen Hebammen und anderen Berufsgruppen einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Hebammen.

##### **Innerhalb des Teams**

Edmondson & Walker (2014) schreiben, dass eine gemeinsame Betreuungsphilosophie innerhalb des Teams für das Gelingen eines hebammengeleiteten Versorgungsmodelles im Team aus Hebammensicht elementar ist, um selbstbestimmt arbeiten zu können. Hebammen, die in Gruppenmodellen arbeiten, können ihre Partner in der Regel selbst wählen und sich ihre Philosophie gemeinsam erarbeiten (Edmondson & Walker, 2014). Fereday & Oster (2010) schreiben, dass Hebammen froh über Teamkolleginnen sind,

welche ihre Philosophie teilen. Sie äussern zudem, dass sie ein gutes Gefühl haben, wenn sie von ihren Teamkolleginnen vertreten werden, da sie sich auf das Einhalten einer gemeinsamen Philosophie verlassen können (Fereday & Oster, 2010). Ausserdem sind sie dankbar darüber, bei Bedarf Unterstützung durch ihre Teammitglieder zu erhalten und sich in Fällen von grosser Belastung gegenseitig zu helfen (Warmelink et al., 2015). Gute Kooperation und soziale Unterstützung innerhalb des Teams wird auch laut Todd et al. (1998) von den Hebammen als Faktor beschrieben, der die Arbeit erleichtert. Für die Hebammen ist es wichtig, dass neue Teammitglieder in die Wichtigkeit dieser gemeinsamen Philosophie von Beginn an eingeführt werden (Fereday & Oster, 2010).

Hebammen halten ihre Arbeit für schwieriger zu bewältigen, wenn sie sich nicht auf das Netzwerk einer Gruppe stützen können (Collins et al., 2007).

Faktoren von Unzufriedenheit in hebammengeleiteten Versorgungsmodellen sind Konflikte und Probleme in der Kommunikation innerhalb von beruflichen Beziehungen (Todd et al., 1998). Laut McCourt et al. (1998), können Stress und Burnout innerhalb der kontinuierlichen Betreuung in Teams durch regelmässige Interventionen innerhalb des Teams gemindert werden.

### Interprofessionell

Für die Hebammen ist es wichtig, dass die hebammengeleiteten Versorgungsmodelle von den Gynäkologen und Gynäkologinnen angesehen und unterstützt werden (Maillefer et al, 2015). Laut Edmondson & Walker (2014) ist es wichtig, eine vertrauensvolle Basis mit den Gynäkologen und Gynäkologinnen zu schaffen. Diese bietet eine Grundlage zur Diskussion und Abwägung in individuellen Fällen und stärkt die Bereitschaft, die jeweils andere Berufsgruppe bei Bedarf zur Unterstützung beizuziehen (Edmondson & Walker, 2014).

Trotzdem schätzen die Hebammen es auch, dass sie innerhalb des hebammengeleiteten Konzeptes unabhängig sind und Entscheidungen innerhalb der Physiologie treffen können, ohne diese mit einem Arzt oder einer Ärztin zu besprechen (Warmelink et al., 2015).

#### **4.6. Strukturelle Bedingungen – structural conditions**

Laut Fereday & Oster (2010) muss hebammengeleitete Versorgung auf vielfältige Weise gut strukturiert sein, um positiv auf die Zufriedenheit der Hebammen zu wirken. Eine zufriedenstellende Struktur wird durch unterschiedliche Aspekte bestimmt.

Zunächst sollte eine betriebliche Vereinbarung Regelungen bezüglich Rufbereitschaften, Höchstgrenzen für tägliche Arbeitsstunden und freie Tage treffen (Fereday & Oster, 2010). Ausserdem sollten Regelungen bezüglich Krankheitsvertretungen getroffen werden sowie Zeiten von Teammeetings und Interventionen (Sandall et al., 2013). Laut Warmelink et al. (2015) sollte zusätzlich auf grosszügige Räumlichkeiten und eine einheitliche Dokumentation geachtet werden, um eine gute Struktur zu erhalten.

Sandall et al. (2013) schreiben, dass Teamarbeit oft mit weniger Kontrolle über den Arbeitsplan verbunden ist, als dies beispielsweise bei Hebammen, die freiberuflich allein arbeiten der Fall ist.

Innerhalb eines Teams sollte daher festgelegt werden, wie und von wem ein Arbeitsplan erstellt wird und wie Wünsche bezüglich des Plans gemanagt werden (Sandall et al., 2013). Hierbei sollte berücksichtigt werden, dass Hebammen ausreichend Zeit für Administration haben (Fereday & Oster, 2010). Laut Warmelink et al. (2015) haben Hebammen das Gefühl, zu viel Zeit für Administration zu brauchen und hierdurch ihre Arbeitszeit zu überschreiten. Das Verhältnis zwischen Administration und direktem Klientinnenkontakt fühlt sich für sie oft nicht ausgewogen an (Warmelink et al., 2015).

Strukturell bemängeln Hebammen in Teams ausserdem, dass sie sich teilweise um viele Frauen gleichzeitig kümmern müssen und daher ihre „caseloads“ für zu hoch erachten. Sie äusserten, dass sie gern mehr Zeit für die einzelne Frau hätten. (Warmelink et al., 2015).

Abschliessend ist auch die Struktur wichtig, die sich jede Hebamme individuell innerhalb ihrer Arbeit erarbeitet (Fereday & Oster, 2010).

#### **4.7. Richtlinien**

Hebammengeleitete Versorgungskonzepte unterstehen medizinischen Richtlinien. Diese werden von Hebammen kontrovers wahrgenommen (Edmondson & Walker, 2014). Da sich die Richtlinien auf Sicherheit innerhalb der Geburtshilfe fokussieren, werden sie von den Hebammen als begründet angesehen. Sie sehen diese

Richtlinien nicht nur als Sicherheit für die Frauen, sondern auch als Absicherung für sich selbst innerhalb der Arbeit (Edmondson & Walker, 2014). Auf der anderen Seite empfinden die Hebammen Richtlinien manchmal als Einschränkung ihrer Arbeit (Edmondson & Walker, 2014). Beispielsweise werden durch Richtlinien manche Frauen von den hebammengeleiteten Versorgungsmodellen ausgeschlossen, obwohl die Hebammen sich in der Lage fühlen auch diese Frauen zu betreuen (z.B. Spontangeburt nach vorangegangener sectio caesarea). Die Richtlinien legen ausserdem fest, wann Frauen an ärztliche Versorgung weitergeleitet werden müssen (Edmondson & Walker, 2014). Das gibt den Hebammen nur wenig Entscheidungsfreiraum in Bezug auf individuelle Fälle (Edmondson & Walker, 2014). Hierbei kommt den Hebammen eine gute Zusammenarbeit mit den Gynäkologen zu Hilfe. Sie haben dadurch die Möglichkeit, ihre Fälle individuell zu besprechen und zu diskutieren (Edmondson & Walker, 2014).

## 5. Diskussion

Auf der Grundlage der vorangehenden Erörterung der unterschiedlichen Arbeitsweisen und sie bestimmender Faktoren von Hebammen erfolgt eine Diskussion hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit von Hebammen. Anschliessend wird eine Praxisempfehlung in Form eines Konzeptentwurfes abgegeben sowie auf die Ausbildung der Hebammen in der Schweiz eingegangen.

### 5.1. Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung

In Tabelle 2 sind die verschiedenen Modelle der hebammengeleiteten Versorgung aufgezeigt, die in die nun folgende Diskussion einbezogen wurden. Diese unterscheiden sich stark: Es variiert die Grösse der Teams, die Umsetzung von Kontinuität, das Setting und das Management. Gemeinsam haben sie, dass die Hebammen die Hauptbezugspersonen der jungen Familien sind. Trotz der Unterschiede in der Organisation der Teams lässt sich erkennen, dass die Zufriedenheit der Hebammen in allen betrachteten hebammengeleiteten Versorgungsmodellen durch die gleichen Aspekte beeinflusst werden.

Aufgrund der Ergebnisse lässt sich dennoch ableiten, dass es in einigen Modellen einfacher ist, die herausgefundenen Aspekte umzusetzen.

In Punkt 4.1.6. ist deutlich geworden, dass für die Hebammen Kontinuität im Sinne der Beziehung sehr wichtig ist (z. B. Collins et al., 2008). Diese Kontinuität lässt sich laut Wraight et al. (1993) durch hebammengeleitete Versorgungsmodelle in Teams nur schwer erreichen, da die Teams hier teilweise zu gross sind, um den Frauen und den Hebammen einen Beziehungsaufbau zu ermöglichen. Bei mehr als sechs Hebammen sehen die Hebammen die einzelne Frau im Rahmen der Vorsorge und im Wochenbett nur wenige Male (Wraight et al., 1993). Wraight et al. (1993) implementieren aber auch, dass kleine Gruppen eigene Probleme mit sich tragen, wenn es beispielsweise um die Zeiten der Rufbereitschaft geht.

Wehrstedt & Müller-Rockstroh (2015) hingegen schreiben, dass freiberuflich arbeitende Hebammen in Deutschland vor allem unter der andauernden Rufbereitschaft sowie unter dem Mangel an inhaltlichen Austauschmöglichkeiten leiden.

Die Autorin dieser Arbeit ist aufgrund dieser Aussagen der Meinung, dass die Grösse des Teams sehr gut gewählt sein muss. In den Studien von Collins et al. (2008) sowie Edmondson & Walker (2014) hat jede Hebamme einen eigenen „caseload“ von Frauen, die sie im Rahmen von Schwangerschaft und Wochenbett selbstständig betreut. Im Team wird sich generell lediglich die Rufbereitschaft für die Geburt geteilt. Es ist für Hebammen in einem solchen Konzept möglich, der Meinung der Autorin nach, Kontinuität im Sinne der Beziehung aufzubauen, gleichzeitig sind jedoch Austauschmöglichkeiten vorhanden und die einzelne Hebamme kann Geburtshilfe ohne andauernde Rufbereitschaften anbieten – aber unter Garantie einer Philosophie, hinter der sie steht. Es kann jedoch argumentiert werden, dass die Hebamme die Frau kaum kennt, die sie unter der Geburt betreut.

Die Autorin verweist an dieser Stelle auf die Wichtigkeit der Kontinuität in der gemeinsamen Philosophie, die laut Waldenström et al. (1998) auch für die Frauen wichtiger zu sein scheint, als die Betreuung durch nur eine Hebamme.

Eigene „caseloads“ ermöglichen den Hebammen ausserdem Flexibilität. Diese wurde als ein wichtiger Aspekt identifiziert, um eine positive Work-Life-Balance zu erreichen. Die Hebammen, welche in der Schwangerschaftsvorsorge sowie im Wochenbett eigene Fallzahlen betreuen, können ihren Tagesablauf ausserhalb ihrer Rufbereitschaft im Rahmen der Geburt individuell planen und ihrem Privatleben weitestgehend anpassen (Fereday & Oster, 2010).

Ein weiteres Argument, das für Modelle mit eigenen „caseloads“ spricht, ist, dass Hebammen es sehr schätzen, wenn sie ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten vielfältig anwenden können (z.B. Edmondson & Walker, 2014). Es scheint daher nicht förderlich, die Aufgabengebiete innerhalb des Teams aufzuteilen, sondern jeder Hebamme die Möglichkeit zu geben, Schwangerschaften, Geburten und Wochenbette in ausgewogener Masse zu erleben.

Das Erarbeiten einer gemeinsamen, kontinuierlich angebotenen Betreuungsphilosophie sollte nach Meinung der Autorin bereits im Vorfeld des Projektes stattfinden, damit sich die Hebamme von Beginn an auf die Unterstützung des Teams verlassen kann. Da Fereday & Oster (2010) deklarieren, dass die Hebammen generell einige Zeit benötigen, sich im hebammengeleiteten Versorgungskonzept zurecht zu finden, sollte dies nicht noch durch den Prozess

des Findens einer gemeinsamen Philosophie erschwert werden.

Die Autorin führte im Rahmen dieser Arbeit ein Experteninterview mit Corinne Graf, Mitbegründerin der Hebammenpraxis „Hebammen unterwegs“ in Winterthur. In dem Gespräch ging es unter anderem um das Erschaffen einer gemeinsamen Philosophie. Frau Graf sieht es als essentiell an, gemeinsame Vorstellungen und Richtlinien mit Hilfe von Beratungsgesprächen und Gründungsseminaren zu erarbeiten. Der Konsens aus diesen Gesprächen bildet die gemeinsame Philosophie. Grundlegend sollten hier auch eine Arbeitsstruktur bezüglich des Teammanagements festgelegt werden und Team-interne Richtlinien festgehalten werden.

Laut Collins et al. (2010) wird die Zufriedenheit der Hebammen bzw. der beeinflussende Faktor der Work-Life-Balance zusätzlich durch äussere Rahmenbedingungen beeinflusst. Auch diese lassen sich nach Meinung der Autorin im Vorfeld beeinflussen, um den Hebammen einen erleichterten Start in das Konzept zu ermöglichen. Unklarheit bezüglich dieser Faktoren könnte zu einer verlängerten Eingewöhnungsphase führen und den Hebammen Unzufriedenheit verschaffen. Regelungen der Rufbereitschaft, Organisation des Dienstplanes, Regelungen bezüglich Krankheitsvertretungen und Auffangen eines hohen Workloads kann im Vorhinein besprochen werden. Ausserdem sollte geklärt werden, wie übersichtlich und gewissenhaft dokumentiert werden kann und in welchem Rahmen Dienstbesprechungen stattfinden.

Laut Maillefer et al. (2015) ist Autonomie ein weiterer beeinflussender Faktor bezüglich der Zufriedenheit der Hebammen.

Es ist ausserdem deutlich geworden, dass Hebammen eine gute Zusammenarbeit mit Ärzten und Ärztinnen zugutekommt (Maillefer et al, 2015) und Richtlinien einen positiven Einfluss auf die Zufriedenheit der Hebammen haben (Edmondson & Walker, 2010). Diese können Hebammen und Ärzten und Ärztinnen dabei helfen, ihre Kompetenzen abzustecken und festzulegen, wann eine Abgabe der Hauptverantwortung notwendig ist (Edmondson & Walker, 2010). Nach Meinung der Autorin lassen sich diese Faktoren in einem gewissen Masse vereinbaren. So lässt sich eine gute Zusammenarbeit aufbauen, indem sich einerseits an den Richtlinien orientiert wird und andererseits individuelle Absprachen getroffen werden. Durch diese Regelungen wird den Hebammen eine grösstmögliche Autonomie verschafft und es wird ausserdem klar geregelt, wann die Hebammen

einen Arzt oder eine Ärztin hinzuziehen sollten.

Die Unterstützung durch das private Umfeld, welches von Edmondson & Walker (2010) hervorgehoben wird, hält die Autorin dieser Arbeit nur für bedingt beeinflussbar. Es lässt sich kaum Einfluss auf die privaten Beziehungsstrukturen der Hebammen nehmen. Ebenso ist es nicht möglich, vor auszusehen, wie sich Unterstützung innerhalb einer neuen Arbeit entwickelt. Die Familie kann so ihre Unterstützung zu Beginn anbieten, diese aber später zurückziehen, bspw. als Folge von Überforderung. Aus der Aussage von Edmondson & Walker (2010) lässt sich dennoch ableiten, dass die Hebammen vor Beginn ihrer Tätigkeit an in kontinuierlichen, hebammengeleiteten Konzepten Rücksprache mit ihrem familiären Umfeld halten sollten und ein möglichst realistisches Bild von ihrer zukünftigen Tätigkeit zeichnen sollten. Dies kann vor allem dann wichtig sein, wenn man auf Hilfe des Umfeldes angewiesen ist, z.B. wenn Kinder oder pflegebedürftige Angehörige betreut werden müssen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist, laut Fereday & Oster (2010), das Setzen von Grenzen. Die betreuten Frauen brauchen laut Edmondson & Walker (2014) ausserhalb der Rufbereitschaft feste Zeiten, in denen sie sich an ihre Hebamme wenden können. Die Autorin denkt, es ist sinnvoll, sich hierbei auf ein Medium zu einigen, auf dem die Fragen und Anliegen kommuniziert werden können (Mailbox, SMS, Email, Anruf), da Kommunikation auf der Ebene mehrere Medien für die Hebamme Mehrarbeit bedeutet. Die Hebamme sollte den Frauen ausserdem einen Zeitraum angeben können, in dem sie antwortet. Dies schafft nach Meinung der Autorin Orientierung sowohl aus Hebammen – als auch aus Frauensicht. Damit wären Absprachen getroffen und die Hebamme würde klare Grenzen setzen ohne die Bedürfnisse ihrer Frauen zu übergehen. Es zeigte sich im Ergebnisteil dieser Bachelorarbeit, dass Hebammen laut Fereday & Oster (2010) lernen müssen, sich gedankliche Auszeiten zu ermöglichen. Die Autorin denkt, dass auch hierbei das Team helfen kann. Eine gemeinsame Philosophie, in welcher sich die einzelne Hebamme darauf verlassen kann, dass ihre Kollegin, welche die Rufbereitschaft ausfüllt, in ihrem Sinne handelt, könnte der Hebamme helfen, sich abzugrenzen. Zusätzlich können laut Edmondson & Walker (2014) Supervisionen hilfreich sein, um Abgrenzungsfähigkeiten zu vertiefen.



## 5.2 Praxisempfehlungen

Die Autorin dieser Arbeit hat Anhand der Ergebnisse in Teil 4 dieser Arbeit ein Konzept der Arbeitsgestaltung für Hebammenarbeit im Team entwickelt, welches in Tabelle 5 dargestellt und erklärt ist:

Tabelle 5: Modell eines hebammengeleiteten Versorgungskonzeptes. Darstellung der Autorin.

Kategorie	Empfehlungen	Begründungen
<b>Voraussetzungen</b>	Erarbeitung einer teaminternen Philosophie durch Besuch von Gründungsseminaren und Beratungsgesprächen	Eine teaminterne Philosophie ist, den Ergebnissen zufolge, eine wichtige Voraussetzung für die Zufriedenheit der Hebammen
	Strukturelle Voraussetzungen klären: <ul style="list-style-type: none"><li>- Rufbereitschaft</li><li>- Anzahl der „caseloads“</li><li>- Organisation der Praxis</li><li>- Dokumentationssystem</li><li>- Räumlichkeiten</li></ul>	Strukturelle Voraussetzungen fördern eine gute Work-Life-Balance
	Bedarf ermitteln	Es sollte ein gewisser Bedarf im direkten Umfeld des Konzeptes gegeben sein, um den Hebammen geringe Fahrzeiten zu ermöglichen
	Mit dem privaten Umfeld über die zukünftige Arbeit sprechen, um sich Unterstützung zuzusichern,	Familiäre Unterstützung als wichtiger Punkt im Rahmen der Work-Life-Balance

	soweit dies möglich ist	
	Absprache mit Ärzten und Einhalten von Richtlinien	Absprachen und Richtlinien fördern die Autonomie der Hebammen.
<b>Teamgrösse</b>	Ein übergeordnetes Team aufgeteilt in kleine Unterteams. Die Grösse des übergeordneten Teams ist nicht relevant. Es ist vor allem da, um im Krankheitsfalle mehrere Vertretungsmöglichkeiten zu haben. Ausserdem haben so immer mehrere Hebammen gleichzeitig Rufbereitschaft und im Falle eines hohen Workloads können sie sich vertreten Innerhalb des Subteams sollte die Anzahl von vier bis sechs Hebammen nicht überschritten werden, um Frauen die Möglichkeit zu geben, alle Hebammen im Rahmen einer Infoveranstaltung kennenzulernen.	Es ist laut Wraight et al. (1998) wichtig, dass die Teams nicht sehr gross sind, da sonst keine Kontinuität im Sinne der Beziehung stattfinden kann. Diese ist jedoch den Ergebnissen zufolge für Hebammen wichtig.  Eine gerade Anzahl an Hebammen sorgt dafür, dass immer eine Hebamme eine andere Vertreten kann.
<b>Rufbereitschaft</b>	Die Rufbereitschaft wird unter den Hebammen aufgeteilt. Eine Rufbereitschaft sollte höchstens 12 h am Tag	Faire Verteilung (gerechtes Setting im Team) zum Schutz vor Überlastung

andauern.

Im Falle von vier Hebammen hat jede Hebamme 4 x pro Woche eine 12h Bereitschaft. Diese Aufteilung kann jedoch Teamintern geregelt werden und variieren je nach Prozentsatz der einzelnen Hebamme. Der hebammengeleitete Gebärsaal bietet eine Besonderheit. Hier muss keine Rufbereitschaft erfüllt werden, sondern es wird in Schichten gearbeitet.

#### Art des Teams

Die Vorteile von eigenen Caseloads überwiegen. Daher kann jede Hebamme eine bestimmte Anzahl von Frauen in der Schwangerschaft und im Wochenbett betreuen. Es wird sich die Rufbereitschaft zur Geburt geteilt

Die Caseloads sollten nur so gross sein, dass der direkte Kontakt mit den Klientinnen gegenüber der Administration überwiegt. Je nach Literatur variieren die Fallzahlen zwischen 30-40

Laut Autor wichtig für die Kontinuität im Sinne der Beziehung und planbar. Für die Geburt Garantie der gemeinsamen Philosophie, aber es existieren auch Erholungszeiten für einzelne Hebammen

Frauen pro Jahr		
<b>Setting</b>	Geburtshaus, Gebärsaal, Hausgeburten, Belegsysteem	Es eignen sich alle Formen, in denen Hebammen sich selbst organisieren können.

Das beschriebene Konzept ist ausdrücklich nur eine Empfehlung basierend auf den im Ergebnisteil gefundenen Faktoren. Im Rahmen der Limitationen wird auf die Subjektivität eingegangen.

### Ausbildung

Laut Aubry & Cignacco (2015) findet die praktische Ausbildung in der Schweiz nur fragmentiert statt. De Geus & Cadée (2015) dokumentieren, dass in den Niederlanden bereits im Fachhochschulstudium der Hebammen ein Schwerpunkt auf der Vorbereitung einer späteren selbstständigen Tätigkeit gelegt wird. Aubry, E. & Cignacco, E. (2015, S.38) schreiben: „Zur Gewährleistung der Kontinuität in der hebammengeleiteten Geburtshilfe muss sich die Hebamme für ein breites Tätigkeitsfeld ausbilden lassen. Die derzeit vorherrschende Fragmentierung der Angebote für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen und die mangelhafte Vernetzung der Angebote zwingt auch die Hebamme zur Aufteilung ihrer Versorgungsleistungen“.

Es wäre daher wünschenswert, wenn in der Schweiz noch mehr Fokus auf die Vorbereitung einer möglichen Freiberuflichkeit gelegt werden würde, um die Studentinnen sicher in eine solche Arbeitsform entlassen zu können. Ausserdem wäre es zu empfehlen, noch mehr Praktika in Geburtshäusern und bei freiberuflichen Hebammen anzubieten, um die Verknüpfung der Bereiche Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett im Rahmen der Kontinuität zu fördern.

## 6. Schlussfolgerung

Grundsätzlich sind die Faktoren, welche die Zufriedenheit der Hebammen in kontinuierlichen, hebammengeleiteten Betreuungsmodellen beeinflussen, durchaus realistisch und in der Praxis umsetzbar. Es konnten nachvollziehbare Schlüsse in Bezug auf die Praxis getroffen werden. Ausserdem zeichnet sich in der verwendeten Literatur grundsätzlich ab, dass Hebammen generell zufrieden in den hebammengeleiteten Betreuungskonzepten sind. Es kann also davon ausgegangen werden, dass nicht nur die Zufriedenheit der Frauen sowie das maternale und kindliche Outcome durch kontinuierliche hebammengeleitete Betreuungskonzepte positiv beeinflusst werden können, sondern auch Hebammen gerne in einem solchen Konzept arbeiten, bzw. diese Form der Arbeit für die Hebammen umsetzbar ist.

Faktoren, welche die Zufriedenheit von Hebammen in kontinuierlichen, hebammengeleiteten Betreuungskonzepten im Team beeinflussen, konnten ermittelt und vertieft werden. Somit kann die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur Weiterentwicklung solcher Modelle leisten.

Grundsätzlich wurde durch diese Arbeit auch bestätigt, dass kontinuierliche, hebammengeleitete Versorgungsmodelle die Kompetenzbereiche der Hebammen stärken. So können sowohl Faktoren der Autonomie als auch der Kontinuität über den gesamten Betreuungsbogen nach Sayn-Wittgenstein (2008) gestärkt werden. Grundsätzlich können Hebammen in kontinuierlichen, hebammengeleiteten Versorgungsmodellen physiologische Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettverläufe eigenständig betreuen. Damit füllen sie einen grossen Teil der originären Hebammentätigkeit aus und wirken der Medikalisierung der Geburtshilfe entgegen.

### 6.1. Kritische Beurteilung der vorliegenden Arbeit

Die vorliegende Arbeit weist sowohl Stärken als auch Schwächen auf.

Stärken liegen in der bearbeiteten Literatur. Der Grossteil der Literatur entspricht guten Forschungsstandards (siehe Anhang) und konnte daher zu einem grossen Teil vollumfänglich in die Erfassung der Faktoren einbezogen werden. Zudem wurden in den Studien trotz sehr unterschiedlicher Forschungsfragen oft ähnliche Ergebnisse ermittelt. Dies macht die Argumentation der vorliegenden Arbeit valider. Obwohl manche Studien sehr alt sind und andere sehr aktuell, kommen sie zu

ähnlichen Ergebnissen. Dies deutet darauf hin, dass sich die Bedürfnisse von Hebammen über die Zeit nur geringfügig verändert haben. Es ist zudem als positiv zu bewerten, dass die Ergebnisse überwiegend gut in die Praxis umsetzbar zu sein scheinen.

Diese Arbeit weist jedoch auch Schwächen auf. Dies betrifft in erster Linie die Subjektivität des Begriffes „Zufriedenheit“. Dieser lässt sich trotz diverser Messverfahren nur begrenzt messen und festlegen. Individuen verfügen generell über unterschiedliche Voraussetzungen bezüglich Stressresistenz sowie Resilienz. Es kann also lediglich eine Empfehlung bezüglich der Umsetzung der erarbeiteten Faktoren abgegeben werden. Es muss berücksichtigt werden, dass für Menschen „Zufriedenheit“ unterschiedliches bedeuten kann und alle im Ergebnisteil herausgefundenen Faktoren zusätzlich individuell auf die einzelnen Hebammen eingestellt werden müssen. So kann beispielsweise der Rahmen der Rufbereitschaft, den eine einzelne Hebamme als zufriedenstellend empfindet, stark variieren. Ebenso ihre Einstellung zur Arbeit im Team. Einzelne Faktoren könnten zudem von den einzelnen Hebammen mehr oder weniger stark gewichtet werden. Da die Korrelation zwischen „Zufriedenheit“ und Work-Life-Balance sehr gross zu sein scheint, wird auch hier auf diesen Begriff eingegangen. Aufeinander Bezug nehmend weisen die Begriffe darauf hin, dass „Arbeit“ und „Leben“ grundsätzlich voneinander getrennt angesehen werden sollten.

Die Gegenüberstellung von Arbeit und Leben ist laut Hoff, Grote, Dettmer, Hohner & Olos (2005) als problematisch. Hoff et al (2005, S. 196) schreiben dazu: „(...) Denn damit wird suggeriert, das eigentliche Leben, in dem Personen Sinnerfüllung und Selbstverwirklichung suchen, würde nur ausserhalb der Arbeit stattfinden. Es gibt daher den Ansatz, den Begriff „Work-Life-Balance“ durch den Begriff „Work-Life-Integration“ zu ersetzen um zu verdeutlichen, dass die Bereiche zusammengehören und sich nicht gegenseitig ausschliessen (Friedman, 2014)

## **6.2. Limitationen**

In der vorliegenden Arbeit wurden keine politischen Voraussetzungen und Strukturen des Gesundheitssystems die hebammengeleitete Versorgung betreffend einbezogen. Ausserdem wurde nicht auf Kostenfaktoren solcher Systeme und die Vergütungssituation von Hebammen in hebammengeleiteten Versorgungskonzepten eingegangen, da dies den Rahmen dieser Arbeit überschritten hätte. Der Autorin ist jedoch durchaus bewusst, dass diese Faktoren eng mit der Umsetzung solcher Konzepte zusammenhängen. Weitere Forschung bezüglich dieser Themen wäre daher ausdrücklich wünschenswert. Ausserdem wurden nur Schwangere und Gebärende mit niedrigem Risiko in diese Arbeit einbezogen. Es ist jedoch durchaus möglich, dass auch Klientinnen mit einem erhöhten Risiko von Kontinuität durch Hebammen im Team profitieren, bzw. die Zufriedenheit von Hebammen durch Arbeit mit diesen Frauen im Sinne der Vielfalt zusätzlich verstärkt werden könnte. Auch hierzu wäre Forschung wünschenswert.

## Literaturverzeichnis

- Abele, A.E . (2014). Pursuit of communal values in an agentic manner: A way to happiness? *Frontiers in Psychology, Personality and Social Psychology*. doi:10.3389/fpsyg.2014.01320
- Aubry, E. & Cignacco, E. (2015). *Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern. Ein Expertinnen- und Expertenbericht*. Bern: Berner Fachhochschule.  
Heruntergeladen von:  
<http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/publikationen.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalversorgung/Grundlagenbericht%20Berner%20Fachhochschule,%20Fachbereich%20Gesundheit.pdf>  
am 13.01.2016
- Bauer, N. (2011). *Der Hebammenkreißsaal*. Göttingen: V&R unipress GmbH.
- Collins, C., Fereday, J., Pincombe, J., Oster, C. & Deborah Turnbull, D. (2010). An evaluation of the satisfaction of midwives' working in midwifery group practice. *Midwifery*, 26, 435 - 441. doi:10.1016/j.midw.2008.09.004
- De Geus, M., Cadée, F. (2015). *Midwifery in the Netherlands 2015*. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse.
- Edmondson, M. & Walker, S. (2014). Working in caseload midwifery care: The experience of midwives working in a birth centre in North Queensland. *Women and Birth*, 27, 31 - 36. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2013.09.003>
- Eissler, A. & Jerg-Bretzke, L. (2015). Der Arbeitsort beeinflusst die Belastungsfaktoren teilweise signifikant. *Hebamme.ch*, 9, 6 - 7.
- Erdin, R., Iljuschin I., van Gogh, S., Schmid, M. & Pehlke-Milde J.(2015) *Tätigkeitserfassung der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz*. Bern: Schweizerischer Hebammenverband. Heruntergeladen von: [www.shv.ch](http://www.shv.ch) am 03.02.2016
- Fenwick, N. (1998). Continuity of carer: the experiences of midwives. In S. Clement (Hrsg.) *Psychological Perspectives on Pregnancy & Childbirth* (61 - 80). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Fereday, J. & Oster, C. (2010). Managing a work - life balance: the experiences of midwives working in a group practice setting. *Midwifery*, 26, 311-318. doi:10.1016/j.midw.2008.06.004



- Fischer, L. & Lück, H. (1972). Entwicklung einer Skala zur Messung von Arbeitszufriedenheit. *Psychologie und Praxis*, 16, 64-76.
- Friedman, S. (2014). *Leading the Life You Want: Skills for Integrating Work and Life*. Boston: Harvard Business Review Press
- Hammer, K. (2008). „Was wir wollen“ Arbeitsbedingungen und Professionalisierung von Hebammen um 1900 in Zürich. Zürich: Philosophische Fakultät.
- Hoff, E., Grote, S., Dettmer, S., Hohner, H. & Olos, L. (2005). Work-Life-Balance: Berufliche und private Lebensgestaltung von Frauen und Männern in hoch qualifizierten Berufen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49, 196 – 207.
- Hundley, V., Cruickshank, F., Milne, J., Glazener, C., Lang, G., Turner, M., Blyth, D. & Mollison, J. (1995) Satisfaction and continuity of care: staff views of care in a midwife-managed delivery unit. *Midwifery*, 11, 163 - 173. Heruntergeladen von: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8569517> am 05.02.2016
- Hurni, A. & Graf, B. (2014). *Empfehlungen für die Betreuung im frühen und späten Wochenbett*. Bern: Schweizerischer Hebammenverband. Heruntergeladen von [www.bernerhebamme.ch](http://www.bernerhebamme.ch) am 02.02.2016
- Kuttiapurathu, R. , Zangger, S. (2013). *Kontinuierliche Hebammenbetreuung. Auswirkungen auf die Sectionate und die mütterliche Zufriedenheit*. Winterthur: ZHAW
- Locke, E. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. Dunette (Hrsg.). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology (1297 – 1349)*. Chicago: Rand McNally
- Maillefer, F., Labrusse, C., Cardia-Vonèche, L., Hohlfeld, P. & Stoll, B. (2015). Women and healthcare providers`perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: a qualitative study. *Pregnancy & Childbirth*, 1-11. doi:10.1186/s12884-015-0477-4
- Mc Court, C., Stevens, T., Sandall, J. & Brodie, P. (2006). Working with woman: developing continuity of care in practice in Page & Mc Candlish (Hrsg) *The new midwifery* (S.141 – 165) Edinburgh: Churchill Livingstone

- McLachlan, A. et al. (2012). Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk. *An international journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1483 – 1492. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x
- Page, L. & Mc Candlish, R. (2006). *The New Midwifery*. Niederlande: Elsevier
- Pehlke – Milde, J. (2009). Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumsentwicklung heruntergeladen von [http://www.diss.fuberlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS\\_derivate\\_000000006423/Diss\\_Pehlke-Milde\\_Kompetenzprofil\\_ohne\\_LL.pdf](http://www.diss.fuberlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000006423/Diss_Pehlke-Milde_Kompetenzprofil_ohne_LL.pdf) am 03.02.16
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Library*, 8. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub4
- Sayn-Wittgenstein, F. (2007). *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*. Bern: Huber.
- Schumann, M. (2009). *Vom Dienst an Mutter und Kind zum Dienst nach Plan*. Göttingen: V&R unipress GmbH.
- Stiefel, A., Geist, C. & Harder, U. (2013) *Hebammenkunde*. Stuttgart: Hippokrates
- Todd, C., Farquhar, M. & Camilleri – Ferrante, C. (1998). Team midwifery: the views and job satisfaction of midwives. *Midwifery*, 14, 214-224. Heruntergeladen von: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10076316> am 10.02.16
- Universitätsklinik für Frauenheilkunde Inselspital Bern (2007). *Hebammengeburt - Konzept Hebammengeburt Frauenklinik Inselspital Bern*. Bern: Inselspital.
- Waldenström, U. & Turnbull, D. (1998). A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 105, 1160 - 1170.
- Warmelink et al. (2015). An explorative study of factors contributing to the job satisfaction of primary care midwives. *Midwifery*, 31, 482 - 488. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.003>
- Wehrstedt, C. & Müller – Rockstroh, B. (2015). Warum steigen Hebammen aus. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 11, 32 – 34
- WHO (2015) WHO Statement on Caesarean Section Rates. Heruntergeladen von

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf)  
 Wiegers, T., Warmelink, C., Spelten, E., Klomp, T., Hutton, E. (2014). Work and workload of Dutch primary care midwives in 2010. *Midwifery*, 30.  
 doi:10.1016/j.midw.2013.08.010.

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Prozentualer Anteil der Frauen, die während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett, bzw. während einer Kombination dieser drei Phasen, durch die erfassende Hebamme betreut werden. Prozentzahlen basieren auf allen im Jahr 2014 erfassten Fällen (n = 62 917). Erdin, R., Iljuschin I., van Gogh, S., Schmid, M. & Pehlke-Milde J.(2015) <i>Tätigkeitserfassung der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz</i> . Bern: Schweizerischer Hebammenverband. Heruntergeladen von: <a href="http://www.shv.ch">www.shv.ch</a> am 03.02.2016.....	22
--	----

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Statistics of interventions at the maternity unit of the university hospital of the Canton of Vaud in 1991 and 2009. Maillefer et al, 2015.....	8
<b>Tabelle 2:</b> Keywords. Darstellung der Autorin.....	13
<b>Tabelle 3:</b> Hebammengeleitete Versorgungsmodelle.....	17
<b>Tabelle 4:</b> Überblick über die verwendete Literatur. Darstellung der Autorin.....	27
<b>Tabelle 5:</b> Modell eines hebammengeleiteten Versorgungskonzeptes. Darstellung der Autorin.....	41

## Wortzahl

Abstract: 201 Wörter  
 Arbeit: 7830 Wörter

(exklusive Titelblatt, Abstract, Tabellen, Abbildungen, deren Beschriftungen,  
Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhang)

## Danksagung

Ich danke Regula Hauser ganz herzlich für die Begleitung und Beratung während der Bachelorarbeit. Danke an Julia Walter-Herrmann und Dennis Herrmann sowie Christine Barth für das aufmerksame Korrekturlesen und die konstruktive Kritik. Ich danke ausserdem meiner Tochter und meinem Freund für ihre Geduld.

## Eigenständigkeitserklärung

«Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.»

Ort, Datum: Unterschrift:

## Anhang

### Anhang A: Kritische Beurteilung und Einschätzung der Literatur

Die verwendeten Studien wurden Anhand des Beurteilungsmusters von K. Stahl kritisch beurteilt.

1. An explorative study of factors contributing to the job satisfaction of primary care midwives (Warmelink et al, 2015).

<b>Titel</b> • <b>Durch Titel Inhalt klar?</b>	Der Inhalt der Studie wird durch den Titel klar ersichtlich. Die Lesenden bekommen eine Vorstellung davon, mit was sich die Studie beschäftigt.
<b>Abstract</b> • <b>Vorhanden?</b> • <b>Strukturiert?</b> • <b>Erwähnung von Ziel, Methode, Ergebnisse, Schlussfolgerung?</b>	Ein Abstract ist vorhanden und deutlich strukturiert. Ziel, Methode, Ergebnisse und Schlussfolgerungen werden genannt und geben einen kurzen Einblick in diese Themenfelder.
<b>Hintergrund</b> • <b>Hintergrundinformationen zur Studie?</b> • <b>Aktueller Forschungsstand dargestellt?</b> • <b>Von wann bis wann sind die Studien?</b> • <b>Dargestellte Studien im Zusammenhang mit Forschungsfrage?</b> • <b>Literatur beschrieben und zusammengefasst oder auch kritisch diskutiert?</b>	Hintergrundinformationen werden gegeben und die Thematik wird angemessen hergeleitet. Der aktuelle Forschungsstand zur Herleitung der Thematik wurde angemessen gegeben. Die Studien sind bis auf eine Ausnahme nicht älter als zehn Jahre. Einige dargestellte Studien hängen mit der Forschungsfrage zusammen bzw. beschäftigen sich mit demselben Themenfeld. Die Forschungsfrage wird anhand der Literatur hergeleitet und es wird deutlich, weshalb die Forschungsfrage gewählt wurde. Es wird wenig über die Faktoren gewusst. Sie wird zusammengefasst aber nicht diskutiert
<b>Ziel der Studie</b> • <b>Wird dies klar formuliert?</b> • <b>Begründung der Forschungsfrage?</b> • <b>Klare Definition des Untersuchungsgegenstandes</b>	Das Ziel der Studie ist klar formuliert (im Abstract und am Ende der Einleitung). Die Forschungsfrage wird begründet. Es wird aufgezeigt, dass es einige Studien gibt, welche die Zufriedenheit von Hebammen messen, jedoch keine die sich speziell mit den Faktoren die die Zufriedenheit

	beeinflussen beschäftigt. Die Autoren erwähnen ebenfalls, weshalb sie es für relevant halten diese Faktoren zu kennen.
<b>Methode</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Qualitativer oder quantitativer Forschungsansatz?</b></li> <li>• <b>Begründung der Wahl?</b></li> <li>• <b>Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?</b></li> <li>• <b>Welches Studiendesign wird verwendet? -randomisiert, kontrolliert -nicht-experimentell - deskriptiv etc.</b></li> <li>• <b>Begründung des Studiendesigns?</b></li> <li>• <b>Eignung des Studiendesigns für die Forschungsfrage?</b></li> </ul>	<p>Der Forschungsansatz ist qualitativ und quantitativ. Es werden einerseits Skalen, welche die Zufriedenheit abbilden sollten und andererseits offene Fragen gestellt. Dieser Forschungsansatz wird nicht benannt und nicht begründet. Das Studiendesign wird ebenfalls nicht begründet, aber es wird genau erklärt, woher die Hebammen rekrutiert wurden. Das Studiendesign eignet sich für die Forschungsfrage.</p>
<b>Setting</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Beschreibung des Settings?</b></li> <li>• <b>Eignung des Settings zum Erreichen des Studienziels?</b></li> </ul>	<p>Das Setting wurde ausführlich beschrieben und eignet sich zum Erreichen des Studienziels. Die Teilnehmenden erhielten einen Onlinefragebogen um die Fragen zu beantworten. Diesen mussten sie innerhalb von 2 Wochen zurücksenden</p>
<b>Teilnehmende/Stichprobe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wie gross ist die Stichprobe?</b></li> <li>• <b>Powerkalkulation? (nur bei quantitativer Studie)</b></li> <li>• <b>Rekrutierung der Teilnehmer?</b></li> <li>• <b>Eignung des Auswahlverfahrens?</b></li> <li>• <b>Nennung von Ein-und Ausschlusskriterien?</b></li> <li>• <b>Anzahl von Anfragen und Ablehnungen mit Begründung?</b></li> </ul>	<p>Es wurden 20 von den 519 Hebammenpraxen in den Niederlanden anhand einer Vorstudie (Deliver study) ausgewählt. Es wurde darauf geachtet sowohl ländliche als auch städtische Praxen einzubeziehen und sich nicht auf einen Teil des Landes zu beschränken. Insgesamt wurden 108 Hebammen befragt, die in den genannten 20 Hebammenpraxen arbeiten. Das Auswahlverfahren ist für die Studie geeignet. Ein- und Ausschlusskriterien wurden nicht explizit benannt. Er wurde darauf hingewiesen, dass diese in der vorangegangenen Studie angewendet wurden um die geeigneten Praxen zu finden. Anfragen und Ablehnungen wurden</p>

<b>Datenerhebung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wie und wann wurden die Daten erhoben?</b></li> <li>• <b>War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?</b></li> <li>• <b>Beschreibung des Instruments der Datenerhebung? (Fragebogen, Interview, Leitfaden)</b></li> <li>• <b>Falls bestehendes Instrument Quelle dazu angegeben?</b></li> <li>• <b>Begründung und Änderung des Instruments bei einer Veränderung genannt?</b></li> <li>• <b>Wurde die Qualität bei einer Veränderung oder einem neuen Instrument getestet?</b></li> <li>• <b>Von wem wurden die Daten erhoben?</b></li> <li>• <b>Hat ein entsprechendes Training stattgefunden?</b></li> <li>• <b>Rolle der Forschenden?</b></li> <li>• <b>Datenerhebung durch alle gleich durchgeführt?</b></li> <li>• <b>Festhaltung der Daten?</b></li> </ul>	<p>begründet (Zeitlicher Faktor)</p> <p>Die Fragen wurden per Onlinefragebogen gestellt. Diese Methode zur Datenerhebung war angemessen. Der Fragebogen wurde detailliert beschrieben. Quellen des Instrumentes wurden angegeben. Es wurden einerseits Likert-Skalen angewendet um die Zufriedenheit zu messen und andererseits wurden drei offene Fragen gestellt („What are you very satisfied with, in your work as a midwife“/“What would you most like to change about your work as a midwife?“/“What could be improved in your work?“)</p> <p>Die Daten der Likert – Skalen wurden von dem Team der Deliver-Studie erhoben, die offenen Fragen von Forschenden, welche im Qualitativen Studiendesign erprobt waren. Die Datenerhebung wurde durch alle gleich durchgeführt. Wie die Daten festgehalten wurden ist nicht benannt.</p>
<b>Ethik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Genehmigung durch Ethikkomitee?</b></li> <li>• <b>Einwilligung der Teilnehmenden?</b></li> <li>• <b>Aufklärung über Studie?</b></li> <li>• <b>Freiwilligkeit, Vertraulichkeit und Anonymisierung gewährleistet?</b></li> </ul>	<p>Die Studie wurde durch ein Ethikkomitee genehmigt. Wie die Teilnehmenden in die Partizipation eingewilligt haben und ob sie aufgeklärt wurden kann nicht beurteilt werden, da dies nicht erwähnt wird. Anonymisierung ist gewährleistet.</p>
<b>Ergebnisse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?</b></li> <li>• <b>Miteinbezug aller erhobenen</b></li> </ul>	<p>Die Darstellung der Ergebnisse ist verständlich jedoch nicht klar Dargestellt. Es wird nicht deutlich in welche Unterkategorien die Ergebnisse eingeteilt</p>



#### **Daten in der Auswertung ?**

- **Wie hoch war die Ausfallrate?**
- **Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie geschildert?**
- **Beschreibung der Merkmale der Teilnehmenden?**
- **Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?**
- **Klarer Zusammenhang zwischen Aussagen im Text und den Grafiken und Tabellen?**
- **Fehler und Inkonsistenzen vorhanden? Bei Fragebögen**
- **Wie hoch war die Rücklaufquote? (mind. 65%)**

werden und die Überschriften sind teilweise verwirrend. Es werden zunächst die Faktoren dargestellt, die mit Arbeitszufriedenheit zusammenhängen und dann werden die Verbesserungsmöglichkeiten diskutiert. Es wäre verständlicher, wenn die Ergebnisse in „positive Faktoren“ und „negative Faktoren“ eingeteilt wären. Es sind keine Grafiken und Tabellen vorhanden. Im Text wird einmal auf eine Tabelle hingewiesen, die in der Studie aber nirgendwo gezeigt wird. Es wird nicht angegeben wie hoch die Rücklaufquote der Fragebögen war

#### **Diskussion**

- **Interpretation und Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit der Fragestellung?**
- **Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien? (Übereinstimmung und Unterschiede)**
- **Benennung der Grenzen von der Studie?**
- **Benennung von eventuellen Fehlern?**
- **Vorschläge zur Vermeidung dieser?**
- **Diskussion über klinische Relevanz der Ergebnisse?**

Die Ergebnisse wurden ausführlich mit bereits vorhandenen Studien diskutiert.

#### **Schlussfolgerung und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis**

- **Ableitung von Schlussfolgerungen und**

**Empfehlungen aus den Ergebnissen?**

- **Angemessene Empfehlungen und umsetzbar in der Praxis?**
- **Empfehlung für weitere Forschung?**

**Literatur und andere Angaben**

- **Eindeutige Literaturangaben?**
- **Sind alle zitierten Quellen in den Literaturangaben?**

Die Literaturangaben sind eindeutig. Die zitierten Quellen sind grundsätzlich in den Literaturangaben zu finden

**Sonstiges**

- **Finanzierung der Studie?**
- **In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt?**
- **Interessenskonflikte mit eventuellem Einfluss auf die Ergebnisse? (Durchführung am eigenen Arbeitsplatz, Interesse des Sponsors)**

Es wird keine Angabe zur Finanzierung der Studie gemacht. Ob Interessenskonflikte bestanden ist nicht zu sehen.

## 2. Women and healthcare providers' perception of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: a qualitative study (Maillefer et al., 2015)

<b>Titel</b> • <b>Durch Titel Inhalt klar?</b>	Der Inhalt der Studie wird durch den Titel teilweise klar. Es wird davon geschrieben, dass sich die Studie sowohl mit der Perspektiven der Frauen als auch der Gesundheitsfachpersonen beschäftigt. Welche Perspektiven damit genau gemeint sind, ist nicht ersichtlich (Einschätzungen des Projektes, Einschätzung der eigenen Zufriedenheit, Einschätzung der Outcomes?)
<b>Abstract</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vorhanden?</b></li> <li>• <b>Strukturiert?</b></li> <li>• <b>Erwähnung von -Ziel -Methode - Ergebnisse -Schlussfolgerung</b></li> </ul>	Ein Abstract ist vorhanden und deutlich Strukturiert. Erwähnt sind Hintergrund, Methode, Ergebnisse und Schlussfolgerung.
<b>Hintergrund</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hintergrundinformationen zur Studie?</b></li> <li>• <b>Aktueller Forschungsstand dargestellt?</b></li> <li>• <b>Von wann bis wann sind die Studien?</b></li> <li>• <b>Dargestellte Studien im Zusammenhang mit Forschungsfrage?</b></li> <li>• <b>Literatur beschrieben und zusammengefasst oder auch kritisch diskutiert?</b></li> </ul>	Es werden sehr viele Hintergrundinformationen gegeben und die Thematik wird ausführlich hergeleitet. Hintergrund für das Durchführen dieser Studie ist, dass es laut der Forschenden sehr viele Interventionen innerhalb der Geburtshilfe gibt. Diese konnten laut zitierter Literatur in hebammengeleiteten Versorgungskonzepten gesenkt werden. Hier wird nun untersucht wie sich das Pilot Projekt einer „midwife-led-unit“ auf die Fachpersonen und Frauen auswirkt. Die dargestellten Studien stehen eindeutig in Zusammenhang mit der Forschungsfrage und sind alle nicht älter als 12 Jahre. Sie werden angemessen benutzt und einbezogen. Sie werden sowohl zusammengefasst als auch kritisch diskutiert.
<b>Ziel der Studie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wird dies klar formuliert?</b></li> <li>• <b>Begründung der</b></li> </ul>	Im Abstract wird das Ziel erläutert. Das Ziel ist es, die Perspektiven von Frauen und Gesundheitsfachpersonen bezüglich der

<b>Forschungsfrage?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Klare Definition des Untersuchungsgegenstandes</b></li> </ul>	<p>Bildung einer „Midwife-led unit“ zu ermitteln. Dieses Ziel erscheint sehr allgemein. Genauere Faktoren, die betrachtet werden sollen sind hier nicht benannt. Am Ende des Hintergrundes in der Arbeit werden diese in Bezug auf die Frauen nachgereicht, nicht jedoch bezüglich der Gesundheitsfachpersonen.</p>
<b>Methode</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Qualitativer oder quantitativer Forschungsansatz?</b></li> <li>• <b>Begründung der Wahl?</b></li> <li>• <b>Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?</b></li> <li>• <b>Welches Studiendesign wird verwendet? -randomisiert, kontrolliert -nicht-experimentell - deskriptiv etc.</b></li> <li>• <b>Begründung des Studiendesigns?</b></li> <li>• <b>Eignung des Studiendesigns für die Forschungsfrage?</b></li> </ul>	<p>Es handelt sich um einen qualitativen Forschungsansatz. Die Wahl wurde nicht explizit begründet.</p> <p>Der Forschungsansatz erscheint angemessen für das Ziel der Studie. Um „Erfahrungen“ messbar zu machen bedarf es eines qualitativen Ansatzes. Es wird ein nicht-experimentelles Studiendesign angewendet. Dieses wird nicht explizit benannt, sondern ist von der Autorin dieser Arbeit abgeleitet. Das Studiendesign eignet sich für die Forschungsfrage</p>
<b>Setting</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Beschreibung des Settings?</b></li> <li>• <b>Eignung des Settings zum Erreichen des Studienziels?</b></li> </ul>	<p>Das Setting wurde benannt. Die Studie fand vom 01.03.11 bis zum 30.06.2011 im Universitätsspital des Kantons Vaud statt. Die Beschreibung der Organisation innerhalb der „midwife-led-unit“ bleibt aus.</p>
<b>Teilnehmende/Stichprobe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wie gross ist die Stichprobe?</b></li> <li>• <b>Powerkalkulation? (nur bei quantitativer Studie)</b></li> <li>• <b>Rekrutierung der Teilnehmer?</b></li> <li>• <b>Eignung des Auswahlverfahrens?</b></li> <li>• <b>Nennung von Ein-und Ausschlusskriterien?</b></li> <li>• <b>Anzahl von Anfragen und Ablehnungen mit Begründung?</b></li> <li>• <b>Bei Vergleichsstudien:</b></li> </ul>	<p>Es wurden 30 Frauen befragt Ausserdem 10 Gynäkologen und 20 Hebammen.</p> <p>Die Frauen wurden während der Schwangerschaft im Geburtsvorbereitungskurs von den Hebammen gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen möchten. Die Frauen nach der Geburt wurden ebenfalls von den Hebammen rekrutiert.</p> <p>Es wurden ausserdem alle Hebammen die im Spital arbeiteten angefragt zu partizipieren. Von den 50 Mitarbeiterinnen</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Randomisiertes Zuordnen der Teilnehmer?</li> <li>- Beschreibung der Zuordnung?</li> <li>- Vergleichbare Merkmale und gleiche Behandlung der Teilnehmer</li> <li>ausserhalb der Intervention?</li> <li>Standartabweichung?</li> <li>- Verblindung?</li> </ul>	<p>sagten 10 zu. Ausserdem 9 von 12 Gynäkologen.</p> <p>Einschlusskriterien für die Frauen wurden genannt. Für die Hebammen wurden keine Ein- und Ausschlusskriterien aufgestellt.</p> <p>Die Anzahl der Anfragen wurde aufgezeigt, die Ablehnungen fanden ohne Begründung statt.</p>
<p><b>Datenerhebung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie und wann wurden die Daten erhoben?</li> <li>• War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?</li> <li>• Beschreibung des Instruments der Datenerhebung? (Fragebogen, Interview, Leitfaden)</li> <li>• Falls bestehendes Instrument Quelle dazu angegeben?</li> <li>• Begründung und Änderung des Instruments bei einer Veränderung genannt?</li> <li>• Von wem wurden die Daten erhoben?</li> <li>• Rolle der Forschenden?</li> <li>• Datenerhebung durch alle gleich durchgeführt?</li> <li>• Festhaltung der Daten?</li> </ul>	<p>Die Daten wurden in Form von eins-zu-eins Interviews (Gynäkologen), Telefoninterviews (Frauen) und Fokusgruppen (Hebammen) erfasst. Auch Schwangere Frauen wurden in Fokusgruppen befragt. Dies wird jedoch nicht in der Beschreibung des Setting erwähnt, sondern wird erst in einer Tabelle ersichtlich. Die Datenerhebung wurde also nicht bei allen Teilnehmern an der Studie gleich durchgeführt. Begründet wurde dies mit der Praktikabilität für die jeweiligen Teilnehmer. Es wurden 5 Fragen entworfen, die allen gleichermassen gestellt wurden. Es wurde kein bestehendes Instrument angegeben. Es wurde lediglich erwähnt, dass die Fragen aus der Literatur entnommen wurden. Welche Literatur gemeint ist, ist nicht benannt. Es ist nicht benannt durch wen die Daten erhoben wurden. Es wurde erwähnt, dass die Forschenden die erhobenen Daten analysierten.</p> <p>Die Daten wurden als Audiodatei gespeichert und transkribiert.</p>
<p><b>Ethik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genehmigung durch Ethikkomitee?</li> </ul>	<p>Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Universität von Lausanne 2011 genehmigt. Die</p>

- 
- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Einwilligung der Teilnehmenden?</b></li> <li>• <b>Aufklärung über Studie?</b></li> <li>• <b>Freiwilligkeit, Vertraulichkeit und Anonymisierung gewährleistet?</b></li> </ul> | <p>Teilnehmenden wurden über die Studie aufgeklärt. Inwiefern Vertraulichkeit und Anonymisierung gewährleistet wird, ist nicht beschrieben.</p> |
|--|---|

#### **Datenanalyse qualitativ**

- **Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?**
- **Ist ersichtlich, wie die Kategorien und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?**
- **Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben?**

Die Studienergebnisse wurden nach einer Methode von Braun ausgewertet. Die Auswertungsmethode beinhaltet sechs Schritte. Dies erscheint im Grunde angemessen. Die Vorgehensschritte wurden benannt. Diese sind allerdings so konzipiert, dass nicht alle Themen identifiziert wurden, sondern nur diese die am häufigsten genannt wurden. Das gibt eine Limitation der ausgewerteten Daten. Es ist jedoch klar ersichtlich wie die Kategorien aus den Daten ermittelt wurden. Die Ergebnisse wurden nicht zur Verifizierung an die Teilnehmenden zurückgegeben.

#### **Ergebnisse**

- **Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?**
  - **Miteinbezug aller erhobenen Daten in der Auswertung ?**
  - **Wie hoch war die Ausfallrate?**
  - **Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie geschildert?**
  - **Beschreibung der Merkmale der Teilnehmenden?**
  - **Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?**
  - **Klarer Zusammenhang zwischen Aussagen im Text und den Grafiken und Tabellen?**
  - **Fehler und Inkonsistenzen vorhanden? Bei Fragebögen**
  - **Wie hoch war die Rücklaufquote?**
- 

Die Ergebnisse sind klar und verständlich dargestellt. Es wurden nicht alle erhobenen Daten mit einbezogen. Die Ergebnisse wurden kategorisiert in die am häufigsten erwähnten Themen. Die Ausfallrate ist nicht benannt. Es ist nicht explizit benannt, ob ein Ausscheiden aus der Studie vorkam. Tabellen und Grafiken sind verständlich und es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen Aussagen im Text und den Grafiken.

---

(mind. 65%)

#### **Diskussion**

- **Interpretation und Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit der Fragestellung?**
- **Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien? (Übereinstimmung und Unterschiede)**
- **Benennung der Grenzen von der Studie?**
- **Benennung von eventuellen Fehlern?**
- **Vorschläge zur Vermeidung dieser?**
- **Diskussion über klinische Relevanz der Ergebnisse?**

Die Ergebnisse wurden in Bezug auf die Fragestellung interpretiert. Es wurde noch einmal erwähnt weshalb die Studie durchgeführt wurde. Es fand keine Diskussion der Ergebnisse in Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien statt. Die Autoren legen dar, dass bisher keine andere Studie in der Schweiz existiert, die sich mit diesem Thema beschäftigt. Als Grenze wurde nur die Tatsache angegeben, dass die Sichtweise von Migrantinnen nicht mit einbezogen wurde. Es wurden keine Fehler benannt. Die klinische Relevanz der Ergebnisse wurde diskutiert.

#### **Schlussfolgerung und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis**

- **Ableitung von Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus den Ergebnissen?**
- **Angemessene Empfehlungen und umsetzbar in der Praxis?**
- **Empfehlung für weitere Forschung?**

Es wurden Schlussfolgerungen abgeleitet. Die Studie will Führungskräfte von Spitälern dazu anregen, über die Einführung eines solchen Modelles nachzudenken. Weitere Forschung wurde angeregt. Diese soll sich mit den Möglichkeiten und Grenzen innerhalb einer MLU beschäftigen.

#### **Literatur und andere Angaben**

- **Eindeutige Literaturangaben?**
- **Sind alle zitierten Quellen in den Literaturangaben?**

Die Literaturangaben sind eindeutig und zitiert.

#### **Sonstiges**

- **Finanzierung der Studie?**
- **In welchem Zusammenhang**

Die Studie wurde von der „Promotion Santé suisse“ und der „Sana Foundation“ gefördert.

<p>wurde die Studie durchgeführt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interessenskonflikte mit eventuellem Einfluss auf die Ergebnisse? (Durchführung am eigenen Arbeitsplatz, Interesse des Sponsors)</li> </ul>	<p>Es sind keine Interessenskonflikte zu bekunden.</p>
--	--

### 3. An evaluation of the satisfaction of midwives' working in midwifery group practice (Collins et al., 2010)

<p><b>Titel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch Titel Inhalt klar?</li> </ul>	<p>Der Titel verweist deutlich auf den Inhalt der Studie. Der Leser bekommt eine Ahnung davon, mit was sich die Studie beschäftigt.</p>
<p><b>Abstract</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorhanden?</li> <li>• Strukturiert?</li> <li>• Erwähnung von -Ziel -Methode - Ergebnisse -Schlussfolgerung</li> </ul>	<p>Ein Abstract ist vorhanden und strukturiert. Ziel, Studiendesign, Teilnehmer, Ergebnisse und Schlussfolgerungen finden Erwähnung und geben dem Leser einen kurzen Einblick in die jeweilige Thematik.</p>
<p><b>Hintergrund</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hintergrundinformationen zur Studie?</li> <li>• Aktueller Forschungsstand dargestellt?</li> <li>• Von wann bis wann sind die Studien?</li> <li>• Dargestellte Studien im Zusammenhang mit Forschungsfrage?</li> <li>• Literatur beschrieben und zusammengefasst oder auch kritisch diskutiert?</li> </ul>	<p>Das Thema der Studie ist gut hergeleitet und es sind Hintergrundinformationen gegeben. Die Studie ist aus dem Jahr 2010 und bezieht in ihrer Herleitung auch Studien ein, die mehr als zehn Jahre zurückliegen. Diese Wahl erscheint aber angemessen, da es sich hierbei um die Darlegung des Forschungsstandes handelt.</p> <p>Die dargestellten Studien stehen ausnahmslos in Zusammenhang mit der Forschungsfrage. Die Literatur ist in erster Linie beschrieben und nicht kritisch diskutiert.</p>
<p><b>Ziel der Studie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wird dies klar formuliert?</li> <li>• Begründung der Forschungsfrage?</li> <li>• Klare Definition des Untersuchungsgegenstandes</li> </ul>	<p>Das Ziel der Studie wird eindeutig formuliert. Es soll herausgefunden werden, welche Veränderung Hebammen hinsichtlich ihrer professionellen Rolle nach Einführung eine MGP durchleben. Ausserdem soll aufgezeigt werden welche Faktoren positiv und welche negativ sind.</p>



<b>Methode</b>	<p>Der Ansatz ist eine Mischung aus Qualitativ und Quantitativ. Einerseits bekommen die Hebammen einen Fragebogen nach Likert-Skala. Hier können sie Punkte vergeben von 1 (Stimme sehr zu) bis 5 (Stimme überhaupt nicht zu). Ausserdem wurden zwei offene Fragen hinzugefügt. Zu Beginn waren die Fragen: „what are you excited about?“ und „Welche Sorgen hast du?“ Im weiteren Verlauf wurden sie gefragt was in der MGP gut läuft und was nicht. Der Forschungsansatz ist angemessen, obwohl die Beantwortung von Fragen nach der „Likert-Skala“ sehr subjektiv ist. Das Studiendesign ist nicht-experimentell aufgebaut. Es wurde nicht begründet. Es ist für die Forschungsfrage angemessen zu sein.</p>
<b>Setting</b>	<p>Die Studie fand im „Woman’s and Children’s hospital in Adelaide, Australien statt. Hier wurde im Jahr 2004 ein hebammengleitetes Versorgungsmodell eingeführt. Die Studie untersucht ausschliesslich Hebammen die in diesem Spital arbeiten. Dadurch, dass das Setting so klein ist sind die Ergebnisse limitiert und es ist fraglich inwiefern sie auf andere Spitäler übertragbar sind. Es lassen sich aber durchaus Faktoren der Zufriedenheit ableiten.</p>
<b>Teilnehmende/Stichprobe</b>	<p>Rekrutiert wurden alle Hebammen die in der MGP zum Zeitpunkt der Studie arbeiteten (n=15). Daher gab es keine Ein- und Ausschlusskriterien. Keine Hebamme hat die Partizipation abgelehnt.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Qualitativer oder quantitativer Forschungsansatz?</b></li> <li>• <b>Begründung der Wahl?</b></li> <li>• <b>Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?</b></li> <li>• <b>Welches Studiendesign wird verwendet? -randomisiert, kontrolliert -nicht-experimentell -deskriptiv etc.</b></li> <li>• <b>Begründung des Studiendesigns?</b></li> <li>• <b>Eignung des Studiendesigns für die Forschungsfrage?</b></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Beschreibung des Settings?</b></li> <li>• <b>Eignung des Settings zum Erreichen des Studienziels?</b></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wie gross ist die Stichprobe?</b></li> <li>• <b>Powerkalkulation? (nur bei quantitativer Studie)</b></li> <li>• <b>Rekrutierung der Teilnehmer?</b></li> <li>• <b>Eignung des Auswahlverfahrens?</b></li> <li>• <b>Nennung von Ein-und Ausschlusskriterien?</b></li> <li>• <b>Anzahl von Anfragen und Ablehnungen mit Begründung?</b></li> </ul>	

- **Bei Vergleichsstudien:**
  - Randomisiertes Zuordnen der Teilnehmer?
  - Beschreibung der Zuordnung?
  - Vergleichbare Merkmale und gleiche Behandlung der Teilnehmer
  - ausserhalb der Intervention?
  - Standartabweichung?
  - Verblindung?

#### **Datenerhebung**

- **Wie und wann wurden die Daten erhoben?**
- **War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?**
- **Beschreibung des Instruments der Datenerhebung? (Fragebogen, Interview, Leitfaden)**
- **Falls bestehendes Instrument Quelle dazu angegeben?**
- **Begründung und Änderung des Instruments bei einer Veränderung genannt?**
- **Wurde die Qualität bei einer Veränderung oder einem neuen Instrument getestet?**
- **Von wem wurden die Daten erhoben?**
- **Hat ein entsprechendes Training stattgefunden?**
- **Rolle der Forschenden?**
- **Datenerhebung durch alle gleich durchgeführt?**
- **Festhaltung der Daten?**

Die Daten wurden über einen Zeitraum von 18 Monaten erhoben. Die Datenerhebung begann mit der Einführung der MGP im Jahr 2004. Die Methode ist geeignet. Der Autor des ursprünglichen Fragebogens wurde benannt und es wurde erklärt in welchem Setting dieser ihn entworfen hat (Turnbull et al., 1995; zur Messung von Veränderungen der Hebammen bezüglich ihrer professionellen Rolle nach Einführung eines hebammengeleiteten Versorgungsmodelles in Glasgow, UK). Das Instrument wurde nicht verändert, aber um zwei offene Fragen erweitert. Die Erweiterung begründet sich dadurch, dass der Forschungsansatz erweitert wurde (Die positiven und negativen Faktoren, sollten zusätzlich erforscht werden). Die offenen Fragen wurden nach Graneheim und Lundmann (2004) analysiert. Später wird in einer Tabelle deutlich, dass auch demografische Daten zu den Hebammen gesammelt wurden. Dies wird vorher nicht explizit erwähnt. Die Daten wurden von den Forschenden erhoben, später wurden von einer neutralen Person die demografischen Daten von den Antworten getrennt um die Anonymität zu gewährleisten. Die

	Datenerhebung wurde bei allen gleich durchgeführt. Wie die Daten festgehalten wurden, wird nicht erwähnt.
<b>Ethik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Genehmigung durch Ethikkomitee?</b></li> <li>• <b>Einwilligung der Teilnehmenden?</b></li> <li>• <b>Aufklärung über Studie?</b></li> <li>• <b>Freiwilligkeit, Vertraulichkeit und Anonymisierung gewährleistet?</b></li> </ul>	<p>Es wurde nicht aufgezeigt, dass die Studie durch ein Ethikkomitee geprüft wurde.</p> <p>Ebensowenig wurden die Teilnehmerinnen aufgeklärt. Anonymisierung ist gewährleistet.</p>
<b>Datenanalyse qualitativ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?</b></li> <li>• <b>Ist ersichtlich, wie die Kategorien und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?</b></li> <li>• <b>Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben?</b></li> </ul>	<p>Die Auswertungsmethoden waren den Erhebungsmethoden angepasst und angemessen. Die Ergebnisse wurden nicht zur Verifizierung an die Teilnehmenden zurückgegeben.</p>
<b>Ergebnisse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?</b></li> <li>• <b>Miteinbezug aller erhobenen Daten in der Auswertung ?</b></li> <li>• <b>Wie hoch war die Ausfallrate?</b></li> <li>• <b>Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie geschildert?</b></li> <li>• <b>Beschreibung der Merkmale der Teilnehmenden?</b></li> <li>• <b>Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?</b></li> <li>• <b>Klarer Zusammenhang zwischen Aussagen im Text und den Grafiken und Tabellen?</b></li> </ul>	<p>Die Darstellung der Ergebnisse ist klar und verständlich. Es wurden alle erhobenen Daten in die Auswertung mit einbezogen.</p> <p>Die Themen, die von vielen Hebammen erwähnt wurden, sind nochmal explizit hervorgehoben. Im ersten Fragebogen gab es keine Ausfallrate. Später nahmen weniger Hebammen an der Datenerhebung teil (n= 10) Die demografischen Merkmale der Teilnehmenden wurden beschrieben. Tabellen und Grafiken stehen in einem klaren Zusammenhang zum Text und sind alle gut zu verstehen und deutlich illustriert.</p>

- **Fehler und Inkonsistenzen vorhanden? Bei Fragebögen**
- **Wie hoch war die Rücklaufquote? (mind. 65%)**

#### **Diskussion**

- **Interpretation und Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit der Fragestellung?**
- **Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien? (Übereinstimmung und Unterschiede)**
- **Benennung der Grenzen von der Studie?**
- **Benennung von eventuellen Fehlern?**
- **Vorschläge zur Vermeidung dieser?**
- **Diskussion über klinische Relevanz der Ergebnisse?**

Die Ergebnisse stehen in direktem Zusammenhang zur Fragestellung. Die Ergebnisse wurden ausserdem in bezug auf andere Studien diskutiert und Übereinstimmungen und Unterschiede wurden erläutert. Es wurden keine Grenzen oder Fehler benannt.

#### **Schlussfolgerung und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis**

- **Ableitung von Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus den Ergebnissen?**
- **Angemessene Empfehlungen und umsetzbar in der Praxis?**
- **Empfehlung für weitere Forschung?**

Empfehlungen für weitere Forschung wurden gegeben und Schlussfolgerungen aufgeführt. Die Empfehlungen sind in die Praxis umsetzbar.

#### **Literatur und andere Angaben**

- **Eindeutige Literaturangaben?**
- **Sind alle zitierten Quellen in den Literaturangaben?**

Die Literaturangaben sind eindeutig und beinhalten alle zitierten Quellen.

---

**Sonstiges**

- **Finanzierung der Studie?**
- **In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt?**
- **Interessenskonflikte mit eventuellem Einfluss auf die Ergebnisse? (Durchführung am eigenen Arbeitsplatz, Interesse des Sponsors)**

Zwei der Autoren sind vom Spital in dem die Studie durchgeführt wurde angestellt.

---

#### 4. Working in caseload midwifery care: The experience of midwives working in a birth centre in North Queensland (Edmondson & Walker, 2014)

<b>Titel</b> • <b>Durch Titel Inhalt klar?</b>	Der Titel verweist teilweise auf den Inhalt der Studie. Gesprochen wird im Titel von „experience“. Der Begriff ist sehr allgemein gefasst und der Leser weiss hier noch nicht welche Art von Erfahrungen gemeint sind. Der Leser bekommt eine Ahnung davon, mit was sich die Studie beschäftigt.
<b>Abstract</b> • <b>Vorhanden?</b> • <b>Strukturiert?</b> • <b>Erwähnung von -Ziel -Methode - Ergebnisse -Schlussfolgerung</b>	Ein Abstract ist vorhanden und strukturiert. Es werden Hintergrund, Ziel, Methoden, Ergebnisse und Schlussfolgerungen dargestellt und geben einen kurzen Einblick in den jeweiligen Abschnitt der Arbeit.
<b>Hintergrund</b> • <b>Hintergrundinformationen zur Studie?</b> • <b>Aktueller Forschungsstand dargestellt?</b> • <b>Von wann bis wann sind die Studien?</b> • <b>Dargestellte Studien im Zusammenhang mit Forschungsfrage?</b> • <b>Literatur beschrieben und zusammengefasst oder auch kritisch diskutiert?</b>	Hintergrundinformationen werden gegeben und die Thematik wird angemessen hergeleitet. Der aktuelle Forschungsstand ist ausführlich dargestellt. Die dargestellten Studien sind, bis auf eine Studie von 2002, nicht älter als zehn Jahre. Die dargestellten Studien stehen in Zusammenhang mit der Forschungsfrage. Die Literatur wurde einander gegenübergestellt aber nicht diskutiert.
<b>Ziel der Studie</b> • <b>Wird dies klar formuliert?</b> • <b>Begründung der Forschungsfrage?</b> • <b>Klare Definition des Untersuchungsgegenstandes</b>	Das Ziel wird im Abstract deutlich formuliert. Es soll herausgefunden werden, wie Hebammen die in einem hebammengeleiteten Versorgungsmodell arbeiten ihre work-life-balance positiv beeinflussen können. Der Begriff „Work-Life-Balance ist nicht genauer definiert.
<b>Methode</b> • <b>Qualitativer oder quantitativer Forschungsansatz?</b>	Es handelt sich um einen qualitativen Forschungsansatz. Es wurden teilstrukturierte Interviews geführt. Die

- 
- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Begründung der Wahl?</b></li> <li>• <b>Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?</b></li> <li>• <b>Welches Studiendesign wird verwendet? -randomisiert, kontrolliert -nicht-experimentell - deskriptiv etc.</b></li> <li>• <b>Begründung des Studiendesigns?</b></li> <li>• <b>Eignung des Studiendesigns für die Forschungsfrage?</b></li> </ul> | <p>Methode wurde nicht explizit erwähnt.</p> <p>Der Forschungsansatz ist für das Ziel der Studie angemessen, da es um Erfahrungen geht. Diese müssen individuell beforscht werden.</p> <p>Die Studie wurde von den Prinzipien der „Grounded Theory“ gelenkt. Diese wurde erklärt und begründet. Das Design ist gut durchdacht und angemessen.</p> |
|--|---|

<b>Setting</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Beschreibung des Settings?</b></li> <li>• <b>Eignung des Settings zum Erreichen des Studienziels?</b></li> </ul>	<p>Die Studie wurde in einem Geburtshaus in North Queensland, Australien durchgeführt. Es befindet sich auf dem Klinikgelände, ist aber unabhängig von der Klinik. Das Arbeitsmodell der Hebammen wird sehr ausführlich beschrieben.</p>
---	--

<b>Teilnehmende/Stichprobe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wie gross ist die Stichprobe?</b></li> <li>• <b>Powerkalkulation? (nur bei quantitativer Studie)</b></li> <li>• <b>Rekrutierung der Teilnehmer?</b></li> <li>• <b>Eignung des Auswahlverfahrens?</b></li> <li>• <b>Nennung von Ein-und Ausschlusskriterien?</b></li> <li>• <b>Anzahl von Anfragen und Ablehnungen mit Begründung?</b></li> <li>• <b>Bei Vergleichsstudien:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Randomisiertes Zuordnen der Teilnehmer?</li> <li>- Beschreibung der Zuordnung?</li> <li>- Vergleichbare Merkmale und gleiche Behandlung der</li> </ul> </li> </ul>	<p>Die Stichprobe ist klein. Es wurden lediglich 7 Hebammen befragt. Diese mussten bestimmte Einschlusskriterien erfüllen (Angestellte des Geburtshauses, Vollzeit oder Teilzeit angestellt, maximal 3 Jahre (oder weniger) Erfahrung im Geburtshaus. Es wurden neun Hebammen angefragt. Die Ablehnungen wurden nicht begründet.</p>
---	--

<b>Teilnehmer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ausserhalb der Intervention?</b></li> <li>• <b>Standartabweichung?</b></li> <li>• <b>Verblindung?</b></li> </ul>	
--	--

<p><b>Datenerhebung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wie und wann wurden die Daten erhoben?</b></li> <li>• <b>War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?</b></li> <li>• <b>Beschreibung des Instruments der Datenerhebung? (Fragebogen, Interview, Leitfaden)</b></li> <li>• <b>Falls bestehendes Instrument Quelle dazu angegeben?</b></li> <li>• <b>Begründung und Änderung des Instruments bei einer Veränderung genannt?</b></li> <li>• <b>Wurde die Qualität bei einer Veränderung oder einem neuen Instrument getestet?</b></li> <li>• <b>Von wem wurden die Daten erhoben?</b></li> <li>• <b>Hat ein entsprechendes Training stattgefunden?</b></li> <li>• <b>Rolle der Forschenden?</b></li> <li>• <b>Datenerhebung durch alle gleich durchgeführt?</b></li> <li>• <b>Festhaltung der Daten?</b></li> </ul>	<p>Die Daten wurden über Interviews erhoben. Diese waren halb strukturiert und wurden individuell und einzeln durchgeführt. Die Daten wurden zwischen März und Juni 2012 erhoben. Die Daten wurden von den Forschenden erhoben.</p> <p>Die Leitfragen der Interviews richteten sich nach dem „National maternity service plan“ (2011). Die Fragen lauteten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) What does it mean to you to be a birth center midwife?</li> <li>2) How does hospital policy affect your midwifery role in the birth centre?</li> <li>3) How do work relationships affect your midwifery role in the birth centre?</li> <li>4) How do you maintain a positive work-life-balance in your birth centre midwifery role?</li> <li>5) So how then do you feel you have constructed your midwifery role?</li> </ol> <p>Die Daten wurden durch alle Forschenden gleich erhoben und per Audiotape gespeichert.</p>
<p><b>Ethik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Genehmigung durch Ethikkomitee?</b></li> <li>• <b>Einwilligung der Teilnehmenden?</b></li> <li>• <b>Aufklärung über Studie?</b></li> <li>• <b>Freiwilligkeit, Vertraulichkeit und Anonymisierung gewährleistet?</b></li> </ul>	<p>Die Teilnehmenden wurden per Brief über die Studie aufgeklärt und mussten der Teilnahme und der Datenspeicherung schriftlich zustimmen. Die Anonymisierung wurde gewährleistet. Die Daten der Interviews waren sowohl für die Forschenden als auch für die Teilnehmenden zugänglich. Die Studie wurde anhand des „Australian code for responsible conduct of research“ durchgeführt. Dieser richtet sich einerseits nach den Universitätsstandards und andererseits nach dem „Human Research</p>



<p><b>Datenanalyse qualitativ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?</b></li> <li>• <b>Ist ersichtlich, wie die Kategorien und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?</b></li> <li>• <b>Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben?</b></li> </ul>	<p>Ethics“ Komitee (HREC)</p> <p>Es wurde eine angemessene Auswertungsmethode angewendet. Die Forschenden benutzten „Grounded Theory data analysis“ – Techniken zur Codierung als Auswertungsmethode. Die Daten wurden transkribiert und mehrfach gelesen. Die Daten wurden dann kategorisiert.</p>
<p><b>Ergebnisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?</b></li> <li>• <b>Miteinbezug aller erhobenen Daten in der Auswertung ?</b></li> <li>• <b>Wie hoch war die Ausfallrate?</b></li> <li>• <b>Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie geschildert?</b></li> <li>• <b>Beschreibung der Merkmale der Teilnehmenden?</b></li> <li>• <b>Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?</b></li> <li>• <b>Klarer Zusammenhang zwischen Aussagen im Text und den Grafiken und Tabellen?</b></li> <li>• <b>Fehler und Inkonsistenzen vorhanden? Bei Fragebögen</b></li> <li>• <b>Wie hoch war die Rücklaufquote? (mind. 65%)</b></li> </ul>	<p>Die Darstellung der Ergebnisse ist klar strukturiert und verständlich. Alle erhobenen Daten wurden mit einbezogen. Es gab keine Ausfallrate. Merkmale der Teilnehmenden wurden zuvor aufgezeigt. Die Grafiken sind verständlich und es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen dem Text und den Grafiken.</p>
<p><b>Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Interpretation und Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit der Fragestellung?</b></li> <li>• <b>Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits</b></li> </ul>	<p>Die Interpretation der Ergebnisse hatte einen klaren Zusammenhang mit der Fragestellung. Sie wurden ausserdem mit bereits vorhandenen Studien diskutiert. Als Limitationen wurden die geringe Teilnehmerzahl und die Beschränkung auf</p>

<p><b>vorhandenen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Studien? (Übereinstimmung und Unterschiede)</b></li> <li>• <b>Benennung der Grenzen von der Studie?</b></li> <li>• <b>Benennung von eventuellen Fehlern?</b></li> <li>• <b>Vorschläge zur Vermeidung dieser?</b></li> <li>• <b>Diskussion über klinische Relevanz der Ergebnisse?</b></li> </ul>	<p>ein einziges Geburtshaus benannt. Ausserdem hatte keine der Hebammen kleine Kinder und die Forschenden geben als Hypothese an, dass die Ergebnisse in einem solchen Fall eventuell anders ausgesehen hätten. Kritik äussern sie in dem sie sagen, dass die Daten nicht zur Überprüfung an die Teilnehmer zurückgegeben wurden.</p>
<p><b>Schlussfolgerung und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ableitung von Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus den Ergebnissen?</b></li> <li>• <b>Angemessene Empfehlungen und umsetzbar in der Praxis?</b></li> <li>• <b>Empfehlung für weitere Forschung?</b></li> </ul>	<p>Schlussfolgerungen wurden abgeleitet. Es wurden ausserdem Empfehlungen für die Praxis abgegeben. Diese sind in der Praxis umsetzbar.</p>
<p><b>Literatur und andere Angaben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Eindeutige Literaturangaben?</b></li> <li>• <b>Sind alle zitierten Quellen in den Literaturangaben?</b></li> </ul>	<p>Die Literaturangaben sind eindeutig und vollständig.</p>
<p><b>Sonstiges</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Finanzierung der Studie?</b></li> <li>• <b>In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt?</b></li> <li>• <b>Interessenskonflikte mit eventuellem Einfluss auf die Ergebnisse? (Durchführung am eigenen Arbeitsplatz, Interesse des Sponsors)</b></li> </ul>	<p>Über die Finanzierung und den Zusammenhang der Studie wurde keine Aussage gemacht. Auch über Interessenskonflikte nicht.</p>

5. Managing a work-life balance: the experiences of midwives working in a group practice setting (Fereday & Oster, 2010)

<b>Titel</b> • <b>Durch Titel Inhalt klar?</b>	Der Inhalt wird durch den Titel teilweise klar. Es ist deutlich, dass es um die Work-Life-Balance von Hebammen geht. Im Weiteren wird nur das Wort „Erfahrungen/Experiences“ benutzt. Es ist nicht deutlich um welche Erfahrungen es sich handelt.
<b>Abstract</b> • <b>Vorhanden?</b> • <b>Strukturiert?</b> • <b>Erwähnung von -Ziel -Methode - Ergebnisse -Schlussfolgerung</b>	Ein Abstract ist vorhanden und teilweise strukturiert. Es werden Ziel, Setting und Teilnehmer genannt. Der Ergebnisteil wurde in „Findings“, „Key conclusions“ und „implications“ aufgespalten. Der Meinung der Autorin nach sind dies sehr viele Unterpunkt die auch hätten zusammengefasst werden können.
<b>Hintergrund</b> • <b>Hintergrundinformationen zur Studie?</b> • <b>Aktueller Forschungsstand dargestellt?</b> • <b>Von wann bis wann sind die Studien?</b> • <b>Dargestellte Studien im Zusammenhang mit Forschungsfrage?</b> • <b>Literatur beschrieben und zusammengefasst oder auch kritisch diskutiert?</b>	Die Hintergrundinformationen wurden ausführlich gegeben. Ausserdem wird „caseload midwifery“ im Kontext definiert. Der aktuelle Forschungsstand ist dargestellt. Die Studien stammen aus den Jahren 2001 – 2007. Die Forschungsfrage wird angemessen hergeleitet. Die Literatur wurde beschrieben und zusammengefasst, nicht kritisch diskutiert.
<b>Ziel der Studie</b> • <b>Wird dies klar formuliert?</b> • <b>Begründung der Forschungsfrage?</b> • <b>Klare Definition des Untersuchungsgegenstandes</b>	Das Ziel wird am Ende der Einleitung klar formuliert. Die Forschenden möchten einen Einblick in das Management von flexiblen Arbeitszeiten für eine Gruppe von Hebammen geben, welche in einem „caseload“ – Modell arbeiten. Deses Zeil verfolgen sie, indem sie ihnen bei den

	<p>Erzählungen darüber zuhören, wie sie ihre Arbeitszeit planen und managen.</p> <p>Das Forschungsziel wird ausführlich damit begründet, dass es zwar bereits einiges an Forschung zum Thema „Work-Life-Balance“ gibt, jedoch noch nicht die Beziehung der Hebammen zu diesem Begriff. Der Untersuchungsgegenstand wird klar benannt.</p>
<b>Methode</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Qualitativer oder quantitativer Forschungsansatz?</b></li> <li>• <b>Begründung der Wahl?</b></li> <li>• <b>Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?</b></li> <li>• <b>Welches Studiendesign wird verwendet? -randomisiert, kontrolliert -nicht-experimentell - deskriptiv etc.</b></li> <li>• <b>Begründung des Studiendesigns?</b></li> <li>• <b>Eignung des Studiendesigns für die Forschungsfrage?</b></li> </ul>	<p>Es handelt sich um einen qualitativen Forschungsansatz. Die Wahl wurde nicht begründet. Der Forschungsansatz ist angemessen und eignet sich für die Forschungsfrage.</p>
<b>Setting</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Beschreibung des Settings?</b></li> <li>• <b>Eignung des Settings zum Erreichen des Studienziels?</b></li> </ul>	<p>Das Setting wurde beschrieben. Die Studie fand im Women's and Children's hospital in Adelaide statt. Hier wurde 2004 eine MGP gegründet.</p>
<b>Teilnehmende/Stichprobe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wie gross ist die Stichprobe?</b></li> <li>• <b>Powerkalkulation? (nur bei quantitativer Studie)</b></li> <li>• <b>Rekrutierung der Teilnehmer?</b></li> <li>• <b>Eignung des Auswahlverfahrens?</b></li> <li>• <b>Nennung von Ein-und Ausschlusskriterien?</b></li> <li>• <b>Anzahl von Anfragen und Ablehnungen mit Begründung?</b></li> <li>• <b>Bei Vergleichsstudien:</b></li> </ul>	<p>Von 27 Hebammen die in der MGP arbeiteten, nahmen 15 an der Studie teil. Ausserdem nahmen zwei Hebammen teil, die die MGP bereits verlassen hatten.</p> <p>Die Teilnehmer wurden durch Informationsbroschüren rekrutiert.</p> <p>Ausserdem stellten die Forschenden ihre Vorhaben bei einem Teammeeting vor und gewannen dadurch Teilnehmer. An die Hebammen, welche die MGP bereits verlassen hatten wurden Briefe verschickt.</p> <p>Warum manche Hebammen nicht an der</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Randomisiertes Zuordnen der Teilnehmer?</li> <li>- Beschreibung der Zuordnung?</li> <li>- Vergleichbare Merkmale und gleiche Behandlung der Teilnehmer</li> </ul>	Studie teilnahmen wurde nicht mit einer Begründung erwähnt.
<ul style="list-style-type: none"> <li>ausserhalb der Intervention?</li> <li>Standartabweichung?</li> <li>- Verblindung?</li> </ul>	
<b>Datenerhebung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie und wann wurden die Daten erhoben?</li> <li>• War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?</li> <li>• Beschreibung des Instruments der Datenerhebung? (Fragebogen, Interview, Leitfaden)</li> <li>• Falls bestehendes Instrument Quelle dazu angegeben?</li> <li>• Begründung und Änderung des Instruments bei einer Veränderung genannt?</li> <li>• Wurde die Qualität bei einer Veränderung oder einem neuen Instrument getestet?</li> <li>• Von wem wurden die Daten erhoben?</li> <li>• Hat ein entsprechendes Training stattgefunden?</li> <li>• Rolle der Forschenden?</li> <li>• Datenerhebung durch alle gleich durchgeführt?</li> <li>• Festhaltung der Daten?</li> </ul>	<p>Die Daten wurden per 45-60 minütigen Interviews erhoben. Die Interviews waren teilstrukturiert und beinhalteten einige trigger-Fragen.</p> <p>Die Interviews wurden transkribiert und mitin einer Software festgehalten Die Daten wurden dann gemäss Boyatzis (1998) in Gruppen sortiert und es wurden „Überthemen“ erstellt. Die Unterthemen wurden anschließend ausserdem mit der MGP (n= 25) diskutiert. Laut der Forschenden bestärkte diese Gruppendiskussion ihre Ergebnisse. Die Daten wurden von den Forschenden erhoben.</p>
<b>Ethik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genehmigung durch</li> </ul>	Informationen zur Ethik wurden durch die Forschenden abgegeben. Die Studie wurde

<p><b>Ethikkomitee?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Einwilligung der Teilnehmenden?</b></li> <li>• <b>Aufklärung über Studie?</b></li> <li>• <b>Freiwilligkeit, Vertraulichkeit und Anonymisierung gewährleistet?</b></li> </ul>	<p>durch das „Human research Ethics Committee“ des Spitals genehmigt. Die Einwilligung gaben die Teilnehmenden jeweils vor dem Interview.</p>
<p><b>Datenanalyse qualitativ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?</b></li> <li>• <b>Ist ersichtlich, wie die Kategorien und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?</b></li> <li>• <b>Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben?</b></li> </ul>	<p>Die Auswertungsmethode scheint generell angemessen. Einzig die rückwirkende Diskussion der Ergebnisse mit dem Team der MGP ist fragwürdig. An dieser Diskussion nahmen auch die Teilnehmenden der Studie teil. Dies ist auf der einen Seite positiv zu werten, da sie ihre Ergebnisse gegenprüfen konnten. Andererseits wurde geschrieben, dass diese Diskussion die Ergebnisse nochmals bestärkte, was fragwürdig ist, da die Daten in diesem Fall oft zweimal von denselben Personen abgegeben wurden.</p>
<p><b>Ergebnisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?</b></li> <li>• <b>Miteinbezug aller erhobenen Daten in der Auswertung ?</b></li> <li>• <b>Wie hoch war die Ausfallrate?</b></li> <li>• <b>Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie geschildert?</b></li> <li>• <b>Beschreibung der Merkmale der Teilnehmenden?</b></li> <li>• <b>Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?</b></li> <li>• <b>Klarer Zusammenhang zwischen Aussagen im Text und den Grafiken und Tabellen?</b></li> <li>• <b>Fehler und Inkonsistenzen vorhanden? Bei Fragebögen</b></li> <li>• <b>Wie hoch war die Rücklaufquote? (mind. 65%)</b></li> </ul>	<p>Die Ergebnisse sind klar und verständlich dargestellt und alle erhobenen Daten wurden einbezogen. Es wurde keine Ausfallrate angegeben. Es gibt keine Grafiken oder Tabellen.</p>

<p><b>Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretation und Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit der Fragestellung?</li> <li>• Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen</li> <li>• Studien? (Übereinstimmung und Unterschiede)</li> <li>• Benennung der Grenzen von der Studie?</li> <li>• Benennung von eventuellen Fehlern?</li> <li>• Vorschläge zur Vermeidung dieser?</li> <li>• Diskussion über klinische Relevanz der Ergebnisse?</li> </ul>	<p>Die Interpretation der Daten fand mit Bezug auf die Fragestellung statt. Die Ergebnisse wurden ausserdem, in Bezug auf vorhandene Studien Gemeinsamkeiten und Unterschiede, hinsichtlich diskutiert . Es wurden Limitationen angegeben, vor allem bezüglich der Objektivität des Begriffs „Work-Life-Balance“. Der Begriff wurde in Bezug auf diese Studie an deren Ende definiert, ohne zuvor eingeführt worden zu sein.</p>
<p><b>Schlussfolgerung und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ableitung von Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus den Ergebnissen?</li> <li>• Angemessene Empfehlungen und umsetzbar in der Praxis?</li> <li>• Empfehlung für weitere Forschung?</li> </ul>	<p>Schlussfolgerungen wurden abgeleitet und erscheinen umsetzbar.</p>
<p><b>Literatur und andere Angaben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eindeutige Literaturangaben?</li> <li>• Sind alle zitierten Quellen in den Literaturangaben?</li> </ul>	<p>Die Literaturangaben sind eindeutig und vollständig.</p>
<p><b>Sonstiges</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung der Studie?</li> <li>• In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt?</li> <li>• Interessenskonflikte mit</li> </ul>	<p>Ein Autor ist vom Hospital angestellt. Dies kann unter Umständen einen Interessenskonflikt hervorrufen Dies könnte auf einen Interessenskonflikt hindeuten.</p>

---

**eventuellem Einfluss auf die  
Ergebnisse? (Durchführung am  
eigenen Arbeitsplatz, Interesse  
des Sponsors)**

---



6. Satisfaction and continuity of care: staff views of care in a midwife-managed delivery unit (Hundley et al., 1995)

<b>Titel</b> • <b>Durch Titel Inhalt klar?</b>	Der Inhalt wird durch den Titel klar. Der Lesende bekommt eine Ahnung davon worum es in der Studie geht.
<b>Abstract</b> • <b>Vorhanden?</b> • <b>Strukturiert?</b> • <b>Erwähnung von -Ziel -Methode - Ergebnisse -Schlussfolgerung</b>	Ein Abstract ist vorhanden und strukturiert. Ziel, Design, Setting, Gegenstand der Untersuchung, Ergebnisse und Schlussfolgerungen werden genannt. Das Abstract gibt einen kurzen und informativen Einblick in die Teile der Studie.
<b>Hintergrund</b> • <b>Hintergrundinformationen zur Studie?</b> • <b>Aktueller Forschungsstand dargestellt?</b> • <b>Von wann bis wann sind die Studien?</b> • <b>Dargestellte Studien im Zusammenhang mit Forschungsfrage?</b> • <b>Literatur beschrieben und zusammengefasst oder auch kritisch diskutiert?</b>	Hintergrundinformationen werden gegeben und der aktuelle Forschungsstand ist dargestellt. Die verwendeten Studien stammen aus den letzten 15 Jahren. Die dargestellten Studien stehen im Zusammenhang mit der Forschungsfrage. Die Literatur ist beschrieben und zusammengefasst.
<b>Ziel der Studie</b> • <b>Wird dies klar formuliert?</b> • <b>Begründung der Forschungsfrage?</b> • <b>Klare Definition des Untersuchungsgegenstandes</b>	Das Ziel der Studie wird klar formuliert: Es soll herausgefunden werden ob es Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit von Hebammen in einem hebammengeleiteten Versorgungsmodell verglichen mit einem ärztlich geleiteten Versorgungsmodell gibt. Der Untersuchungsgegenstand wird bereits im Abstract definiert. Untersucht werden Hebammen und Frauen in der Gebärabteilung, die in zwei Bereiche aufgeteilt ist (hebammengeleitet und ärztlich geleitet).
<b>Methode</b> • <b>Qualitativer oder quantitativer</b>	Es handelt sich um ein randomisiertes Studiendesign. Der Forschungsansatz ist

<p><b>Forschungsansatz?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Begründung der Wahl?</b></li> <li>• <b>Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?</b></li> <li>• <b>Welches Studiendesign wird verwendet? -randomisiert, kontrolliert -nicht-experimentell - deskriptiv etc.</b></li> <li>• <b>Begründung des Studiendesigns?</b></li> <li>• <b>Eignung des Studiendesigns für die Forschungsfrage?</b></li> </ul>	<p>qualitativ. Das Studiendesign wird nicht begründet. Das Design eignet sich für die Forschungsfrage. Es wird nach den Sichtweisen von Hebammen gefragt. Dies ist durch eine qualitative Studie sehr gut leistbar.</p>
<p><b>Setting</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Beschreibung des Settings?</b></li> <li>• <b>Eignung des Settings zum Erreichen des Studienziels?</b></li> </ul>	<p>Erst in der Beschreibung des Settings wird klar, dass auch Frauen (n= 2844) befragt wurden, die im August 1993 geboren haben. Der Grund hierfür ist, dass sie bezüglich des „Kontinuitäts- und Geburtsmodus“-Faktor verglichen werden sollen.</p> <p>Hebammen und Frauen wurden im Spital befragt in dem es zwei Gebärsäle gab. Einen hebammen- und einen ärztlich geleiteten;Verhältnis 1:2.</p>
<p><b>Teilnehmende/Stichprobe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wie gross ist die Stichprobe?</b></li> <li>• <b>Powerkalkulation? (nur bei quantitativer Studie)</b></li> <li>• <b>Rekrutierung der Teilnehmer?</b></li> <li>• <b>Eignung des Auswahlverfahrens?</b></li> <li>• <b>Nennung von Ein-und Ausschlusskriterien?</b></li> <li>• <b>Anzahl von Anfragen und Ablehnungen mit Begründung?</b></li> <li>• <b>Bei Vergleichsstudien:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Randomisiertes Zuordnen der Teilnehmer?</b></li> <li>- <b>Beschreibung der Zuordnung?</b></li> <li>- <b>Vergleichbare Merkmale und gleiche Behandlung der</b></li> </ul> </li> </ul>	<p>Die Frauen wurden anhand von Briefen der Hausärzte identifiziert. Es wurden nur Frauen ohne Risiko einbezogen. Sie wurden über eine Zeitspanne von 14 Monaten rekrutiert. Es wurden alle Hebammen einbezogen, die zur Zeit der Studie in der Gebärdabteilung arbeiteten. Alle Hebammen rotierten zwischen dem hebammengeleiteten und dem ärztlich geleiteten Gebärsälen.</p> <p>Die rekrutierten Frauen wurden auf einen der beiden Gebärsäle aufgeteilt. Dies vor allem wegen des Risikos, dass Frauen im hebammengeleiteten Modell verlegt werden müssten. Das Auswahlverfahren ist geeignet und gut durchdacht.</p>

<b>Teilnehmer</b> ausserhalb der Intervention? Standartabweichung? - Verblindung?	Die Frauen wurden zufällig zugeordnet. Alle Teilnehmer wurden scheinbar gleich behandelt.
<b>Datenerhebung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie und wann wurden die Daten erhoben?</li> <li>• War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?</li> <li>• Beschreibung des Instruments der Datenerhebung? (Fragebogen, Interview, Leitfaden)</li> <li>• Falls bestehendes Instrument Quelle dazu angegeben?</li> <li>• Begründung und Änderung des Instruments bei einer Veränderung genannt?</li> <li>• Wurde die Qualität bei einer Veränderung oder einem neuen Instrument getestet?</li> <li>• Von wem wurden die Daten erhoben?</li> <li>• Hat ein entsprechendes Training stattgefunden?</li> <li>• Rolle der Forschenden?</li> <li>• Datenerhebung durch alle gleich durchgeführt?</li> <li>• Festhaltung der Daten?</li> </ul>	Wann genau und von wem die Daten erhoben wurden ist nicht beschrieben. Die Daten wurde auf drei Arten erhoben: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fragebögen, die Details über die Hebammen sammeln: Über ihre Rolle, ihre Erfahrungen und ihre Zufriedenheit.</li> <li>2) Fragen wurden per Fragebogen über die Kontinuität der Betreuung befragt und über ihre Entscheidungswahl.</li> <li>3) Ausserdem wurden Informationen aus der Administration und den Datenbanken der Frauenklinik gesammelt.</li> </ol> Der Fragebogen für die Hebammen wurde später genauer erläutert. Er war in offene und geschlossene Fragen gegliedert. Ausserdem wurde eine Ordinalskala zur Einschätzung der Zufriedenheit abgegeben. Hier wird klar, dass es sich um eine Mischform aus qualitativ und quantitativ handelt. Die Frauen wurden viele Einzelfragen gefragt die über das Studienziel hinausgehen.
<b>Ethik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genehmigung durch Ethikkomitee?</li> <li>• Einwilligung der Teilnehmenden?</li> <li>• Aufklärung über Studie?</li> <li>• Freiwilligkeit, Vertraulichkeit und</li> </ul>	Zur Ethik werden keine Informationen abgegeben

---

## Anonymisierung gewährleistet?

### Datenanalyse qualitativ

- Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?
- Ist ersichtlich, wie die Kategorien und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?
- Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben?

Die Ordinalskalen wurden per t-test ausgewertet, die Daten ohne Normalverteilung per „Mann – Whitney U test“. Multiple Egeression wurde genutzt, um die wichtigen Variablen herauszufiltern. Alle Testverfahren wurden genau erklärt. Die offenen Fragen wurden ebenfalls in Kategorien eingeteilt. Die Daten wurden nicht zur Verifizierung zurückgegeben.

### Ergebnisse

- Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?
- Miteinbezug aller erhobenen Daten in der Auswertung ?
- Wie hoch war die Ausfallrate?
- Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie geschildert?
- Beschreibung der Merkmale der Teilnehmenden?
- Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?
- Klarer Zusammenhang zwischen Aussagen im Text und den Grafiken und Tabellen?
- Fehler und Inkonsistenzen vorhanden? Bei Fragebögen
- Wie hoch war die Rücklaufquote? (mind. 65%)

Die Ergebnisse sind nur teilweise klar dargestellt. Es ist nicht ganz eindeutig, aus welchen Daten die Ergebnisse abgeleitet wurden und die Daten der Frauen sind nicht eindeutig erkennbar. Es ist nicht klar, ob alle Daten einbezogen wurden und wie hoch die Ausfallrate war. Tabellen und Grafiken stehen im Zusammenhang mit den Ergebnissen.

### Diskussion

- Interpretation und Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit der Fragestellung?
- Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits

Die Ergebnisse wurden im Zusammenhang mit der Fragestellung diskutiert. Ausserdem wurden sie im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien diskutiert. Es sind Limitationen benannt. Erfahrung und

<p><b>vorhandenen Studien? (Übereinstimmung und Unterschiede)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Benennung der Grenzen von der Studie?</b></li> <li>• <b>Benennung von eventuellen Fehlern?</b></li> <li>• <b>Vorschläge zur Vermeidung dieser?</b></li> <li>• <b>Diskussion über klinische Relevanz der Ergebnisse?</b></li> </ul>	<p>Zufriedenheit sind schwer zu messen. Die forschenden geben an, dass die Fragestellungen nicht spezifisch genug waren und räumen Verbesserungsvorschläge ein. Die klinische Relevanz wurde nicht aufgezeigt.</p>
<p><b>Schlussfolgerung und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ableitung von Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus den Ergebnissen?</b></li> <li>• <b>Angemessene Empfehlungen und umsetzbar in der Praxis?</b></li> <li>• <b>Empfehlung für weitere Forschung?</b></li> </ul>	<p>Es erfolgten keine Praxisempfehlungen. Nur eine Empfehlung für weitere Forschung.</p>
<p><b>Literatur und andere Angaben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Eindeutige Literaturangaben?</b></li> <li>• <b>Sind alle zitierten Quellen in den Literaturangaben?</b></li> </ul>	<p>Es ist keine Literatur verlinkt. Es gibt kein Literaturverzeichnis.</p>
<p><b>Sonstiges</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Finanzierung der Studie?</b></li> <li>• <b>In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt?</b></li> <li>• <b>Interessenskonflikte mit eventuellem Einfluss auf die Ergebnisse? (Durchführung am eigenen Arbeitsplatz, Interesse des Sponsors)</b></li> </ul>	<p>Darüber ist nichts bekannt.</p>

7. Team midwifery: the views and job satisfaction of midwives (Todd, Farquhar & Camilleri-Ferrante, 1998)

<b>Titel</b> • <b>Durch Titel Inhalt klar?</b>	Der Inhalt wird durch den Titel teilweise klar. Es geht deutlich um die berufliche Zufriedenheit von Hebammen. Ausserdem geht es um die „Sichtweisen“ der Hebammen. Auf was sich diese Sichtweisen beziehen wird nicht deutlich.
<b>Abstract</b> • <b>Vorhanden?</b> • <b>Strukturiert?</b> • <b>Erwähnung von -Ziel -Methode - Ergebnisse -Schlussfolgerung</b>	Ein Abstract ist vorhanden und strukturiert. Es wurden Ziel, Design, Setting, Messmethoden, Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Auswirkungen erwähnt. Der Leser erhält dadurch einen Einblick in alle Bereiche der Studie.
<b>Hintergrund</b> • <b>Hintergrundinformationen zur Studie?</b> • <b>Aktueller Forschungsstand dargestellt?</b> • <b>Von wann bis wann sind die Studien?</b> • <b>Dargestellte Studien im Zusammenhang mit Forschungsfrage?</b> • <b>Literatur beschrieben und zusammengefasst oder auch kritisch diskutiert?</b>	Es wurden Hintergrundinformationen zur Studie gegeben. Der aktuelle Forschungsstand wurde anhand von Studien dargestellt, die nicht älter als 10 Jahre sind. Die dargestellten Studien stehen im Zusammenhang mit der Forschungsfrage. Die Literatur wurde beschrieben und zusammengefasst. Sie wurde nicht kritisch diskutiert.
<b>Ziel der Studie</b> • <b>Wird dies klar formuliert?</b> • <b>Begründung der Forschungsfrage?</b> • <b>Klare Definition des Untersuchungsgegenstandes</b>	Das Ziel wird klar formuliert. Die Studie sieht sich als Teil von einer grösseren Evaluation eines „Team midwifery“ Konzeptes. Die Forschenden untersuchten die Zufriedenheit von „community midwives“, also freiberuflich arbeitenden Hebammen und Hebammen in Kliniken. Ausserdem untersuchten sie ihre Arbeitspraktiken und die Art ihrer Betreuung.
<b>Methode</b> • <b>Qualitativer oder quantitativer</b>	Es handelt sich um einen quantitativen sowie qualitativen Forschungsansatz. Der

<p><b>Forschungsansatz?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Begründung der Wahl?</b></li> <li>• <b>Forschungsansatz für das Ziel der Studie angemessen?</b></li> <li>• <b>Welches Studiendesign wird verwendet? -randomisiert, kontrolliert -nicht-experimentell - deskriptiv etc.</b></li> <li>• <b>Begründung des Studiendesigns?</b></li> <li>• <b>Eignung des Studiendesigns für die Forschungsfrage?</b></li> </ul>	<p>Forschungsansatz wurde nicht von den Forschenden benannt, sondern von der Autorin dieser Arbeit erschlossen. Die Fragen wurden teilweise anhand des „Midwifery Process Questionnaire“ beantwortet. Dieser beruht auf dem Modell der „Likert-Skala“. Das bedeutet, die Antworten mussten auf einer Skala von -2 bis 2 gegeben werden. Diese Form der Datenerhebung sieht die Autorin als schwierig an. „Zufriedenheit“ ist ein sehr subjektives Empfinden, das eher mit persönlichen Worten beschrieben werden kann.</p> <p>Die zusätzlich geführten Interviews eignen sich für die Forschungsfrage.</p>
<p><b>Setting</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Beschreibung des Settings?</b></li> <li>• <b>Eignung des Settings zum Erreichen des Studienziels?</b></li> </ul>	<p>Es wurden freiberufliche Hebammen im Team sowie Hebammen im Spital befragt. Das Setting ist geeignet.</p>
<p><b>Teilnehmende/Stichprobe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wie gross ist die Stichprobe?</b></li> <li>• <b>Powerkalkulation? (nur bei quantitativer Studie)</b></li> <li>• <b>Rekrutierung der Teilnehmer?</b></li> <li>• <b>Eignung des Auswahlverfahrens?</b></li> <li>• <b>Nennung von Ein-und Ausschlusskriterien?</b></li> <li>• <b>Anzahl von Anfragen und Ablehnungen mit Begründung?</b></li> <li>• <b>Bei Vergleichsstudien:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Randomisiertes Zuordnen der Teilnehmer?</li> <li>- Beschreibung der Zuordnung?</li> <li>- Vergleichbare Merkmale und gleiche Behandlung der</li> </ul> </li> </ul>	<p>Es wurden 55 community midwives befragt und 37 Spitalhebammen. Es wurden alle Teams der Community einbezogen. Die Forschenden erhielten ausserdem alle Namen und Adressen von den 92 Hebammen. Die Fragebögen wurden den Hebammen zugeschickt. 30 der 37 Spitalhebammen beantworteten den Fragebogen, sowie 50 von 55 Community Hebammen. Ablehnungen wurden nicht begründet. Es gab keine Ein- und Ausschlusskriterien. Die Teilnehmer wurden nicht randomisiert zugeordnet.</p>
<p><b>Teilnehmer</b></p> <p>ausserhalb der Intervention?</p> <p>Standartabweichung?</p>	

---

**- Verblindung?**

**Datenerhebung**

- **Wie und wann wurden die Daten erhoben?**
- **War die Methode der Datenerhebung für die Studie geeignet?**
- **Beschreibung des Instruments der Datenerhebung? (Fragebogen, Interview, Leitfaden)**
- **Falls bestehendes Instrument Quelle dazu angegeben?**
- **Begründung und Änderung des Instruments bei einer Veränderung genannt?**
- **Wurde die Qualität bei einer Veränderung oder einem neuen Instrument getestet?**
- **Von wem wurden die Daten erhoben?**
- **Hat ein entsprechendes Training stattgefunden?**
- **Rolle der Forschenden?**
- **Datenerhebung durch alle gleich durchgeführt?**
- **Festhaltung der Daten?**

Quellen sind angegeben. Die Quelle wurde nicht verändert. Datenerhebung wurde durch alle gleich durchgeführt. Wie die Daten festgehalten wurden wurde nicht erwähnt.

**Ethik**

- **Genehmigung durch Ethikkomitee?**
- **Einwilligung der Teilnehmenden?**
- **Aufklärung über Studie?**
- **Freiwilligkeit, Vertraulichkeit und Anonymisierung gewährleistet?**

Es wurden keine Angaben zur Ethik gemacht.

---

**Datenanalyse qualitativ**

Die Auswertungsmethode erscheint



- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wurde eine geeignete Auswertungsmethode angewendet?</li> <li>• Ist ersichtlich, wie die Kategorien und Konzepte aus den Daten entwickelt wurden?</li> <li>• Wurden die Ergebnisse zur Verifizierung an die Teilnehmerinnen zurückgegeben?</li> </ul> | <p>angemessen.</p> <p>Wurden nicht zurückgegeben.</p> |
|---|---|

#### Ergebnisse

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellung der Ergebnisse klar und verständlich?</li> <li>• Miteinbezug aller erhobenen Daten in der Auswertung ?</li> <li>• Wie hoch war die Ausfallrate?</li> <li>• Werden Gründe für das Ausscheiden aus der Studie geschildert?</li> <li>• Beschreibung der Merkmale der Teilnehmenden?</li> <li>• Sind die Tabellen und Grafiken verständlich?</li> <li>• Klarer Zusammenhang zwischen Aussagen im Text und den Grafiken und Tabellen?</li> <li>• Fehler und Inkonsistenzen vorhanden? Bei Fragebögen</li> <li>• Wie hoch war die Rücklaufquote? (mind. 65%)</li> </ul> | <p>Die Darstellung ist teilweise verständlich.</p> <p>Es wurden keine Kategorien erstellt.</p> <p>Alle Daten wurden einbezogen.</p> <p>Ausscheiden wurde nicht beschrieben.</p> <p>Tabellen und Grafiken sind verständlich und stehen mit den Aussagen im Text in einem Zusammenhang. Die Rücklaufquote lag über 65%.</p> |
|--|---|

#### Diskussion

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretation und Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit der Fragestellung?</li> <li>• Diskussion der Ergebnisse im Zusammenhang mit bereits vorhandenen Studien? (Übereinstimmung und Unterschiede)</li> </ul> | <p>Interpretationen der Ergebnisse standen im Zusammenhang mit der Fragestellung. Die Ergebnisse wurden mit bereits vorhandenen Studien diskutiert.</p> <p>Limitationen wurden angegeben (Kleine sample size, nur ein Ort).</p> <p>Die klinische Relevanz wurde diskutiert.</p> |
|--|---|

- Benennung der Grenzen von der Studie?
- Benennung von eventuellen Fehlern?
- Vorschläge zur Vermeidung dieser?
- Diskussion über klinische Relevanz der Ergebnisse?

**Schlussfolgerung und Empfehlungen/Implikationen für die Praxis**

Es wurden umsetzbare Empfehlungen abgegeben.

- Ableitung von Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus den Ergebnissen?
- Angemessene Empfehlungen und umsetzbar in der Praxis?
- Empfehlung für weitere Forschung?

**Literatur und andere Angaben**

Literaturangaben sind vollständig und alle zitierten Quellen in den Literaturangaben

- Eindeutige Literaturangaben?
- Sind alle zitierten Quellen in den Literaturangaben?

**Sonstiges**

Es sind keine Interessenskonflikte vorhanden.

- Finanzierung der Studie?
- In welchem Zusammenhang wurde die Studie durchgeführt?
- Interessenskonflikte mit eventuellem Einfluss auf die Ergebnisse? (Durchführung am eigenen Arbeitsplatz, Interesse des Sponsors)